24 JAN. 1940

N° 208 19e ANNEE OCTOBRE-NOVEMBRE 1939

Maroc-Médical

Journal de la Médecine et de la Pathologie Comparée, au Maroc

BIBLIOTHÈQUE GÉNÉRALE 8 D 115 PROTECTORAT - RABAT

SOMMAIRE

PARTIE SCIENTIFIQUE

NOUS CONTINUONS...

REMLINGER, CABANIE, BAILLY. — Présence dans une urine de néphrite hémorragique, de sarcoptidés à divers stades de développement.

FAURE. — Considérations sur les épizooties charbonneuses observées dans le sud marocain.

BRIMONT. — Charbon humain à forme sévère - Chimiothérapie sulfamidée.

CROZE et CHEYROU-LAGREZE. — Une observation de pseudo-cancer rectal d'origine amibienne.

ESCALLE et LALLU. — Abcès amibien hépatique à fistulisation bronchique et cutanée.

DUBOUREAU et MICHARD. — Syndrome abdominal aigü post-traumatique.

GORSSE et ACCART. — Péritonite encapsulante.

PERARD. — Gangrène musculaire d'origine appendiculaire.

PAGES, STORA et DUGUET. — Epithélioma sébacé primitif des glandes de Meibomius.

ARNAUD. — Au sujet de la Cataphylacto-transfusion de Jeanneney et Castanet.

JEANNENEY et POINOT. — A propos des syndromes douloureux des cancers inopérables ou récidivés de l'utérus, leur traitement palliatif.

REVUE DE LA PRESSE ET DES LIVRES.

Distinctions

Tribunal des pensions : invalidités pour maladies contractées en service.

ABONNEMENTS
UN AN (France) . . . 35 Fr.
LE NUMÉRO . . . . 10 Fr.

REVUE MENSUELLE

Rédaction Dr E. SPÉDER
18, Rue d'Alger - Casablanca
Administration, même adresse
Chèques Postaux : Rabat 852

Antiseptique Urinaire et Biliaire par excellence

Dissout et chasse l'acide urique

LACTOBYL

AUCUNE ACCOUTUMANCE

CONSTIPATION

Sels Biliaires	0.05
Poudre de glandes intestinales	0.02
Charbon poreux	0.02
Ferments Lactiques	0.05
Poudre de Laminaria flexicaulis	0.05
pour 1 comprimé.	

1 à 6 comprimés par jour aux repas. Commencer le traitement par 2 comprimés, augmenter ou diminuer suivant résultat.

LABORATOIRES LOBICA
25, Rue Jasmin, 25 — PARIS

Représentant pour le Maroc : **M. P. Pelissard, 5, Bd de Londres** — CASABLANCA

N° 208 19e ANNEE OCTOBRE-NOVEMBRE 1939

MAROC-MÉDICAL

Journal de la Médecine et de la Pathologie Comparée, au Maroc

Directeur-Rédacteur en chef : **E. SPÉDER,** Médecin Electro-Radiologiste des Hôpitaux.

Conseil de Direction et de Rédaction scientifiques

G. BLANC
Directeur de l'Institut Pasteur du Maroc.
Membre Correspondant de l'Académie de Médecine
(Casablanca)

ARNAUD
Médecin des Hôpitaux
(Rabat)

BONJEAN
Directeur de l'Institut d'Hygiène du Maroc
(Rabat)

P. REMLINGER
Directeur de l'Institut Pasteur de Tanger.
Membre Associé National de l'Académie de Médecine

COMTE
Chirurgien des Hôpitaux
(Casablanca)

DUBOIS - ROQUEBERT
Chirurgien des Hôpitaux
(Rabat)

FLYE SAINTE MARIE
Médecin-Chef de la Région de Fez

MARTIN
Chirurgien des Hôpitaux
(Casablanca)

PAGÈS
Médecin Spécialiste des Hôpitaux
(Rabat)

PIERSON
Médecin des Hôpitaux Psychiatriques
(Casablanca)

J. BAILLY
Chef de Laboratoire à l'Institut Pasteur de Tanger.
Membre Correspondant de l'Académie de Médecine

PÉRARD
Chirurgien des Hôpitaux
(Casablanca)

VELU
Ex-Directeur du Laboratoire du Service de l'Elevage de Casablanca,
Membre Correspondant de l'Académie de Médecine

La Rédaction ne prend pas la responsabilité des opinions des auteurs

— Le MAROC MEDICAL offre GRACIEUSEMENT à tout auteur d'article original 15 tirés à part et prend à sa charge la MOITIE des frais d'établissement des clichés illustrant ces articles.

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS

Prix ORFILA 1872 Prix DESPORTES 1905

DIGITALINE NATIVELLE

CRISTALLISÉE

AGIT PLUS SÛREMENT QUE TOUTES LES AUTRES PRÉPARATIONS DE DIGITALE

LABORATOIRE NATIVELLE — 27, Rue de la Procession, PARIS (XVe)

COMMUNIQUE
DE L'ASSOCIATION DE LA PRESSE MÉDICALE FRANÇAISE

Conformément aux décisions gouvernementales, qui nous ont été communiquées par la Commission Interministrielle de la Presse Française le 21 octobre 1939, la réduction qui doit être apportée dans l'utilisation du papier est au minimum de 50 % par rapport à la quantité de papier envoyée en 1938 à chaque abonné.

En conséquence, cette réduction doit s'opérer soit en ne publiant qu'un numéro sur deux, soit en diminuant le nombre des pages de chaque numéro, soit encore en réduisant le format de moitié.

Les journaux qui ne se conformeraient pas à cette limitation seraient passibles de sévères sanctions allant jusqu'à la suspension de la publication.

Le Conseil d'administration de notre Association compte sur la loyauté de ses adhérents pour s'y conformer.

NOUS CONTINUONS...

Pour obéir aux prescriptions ministérielles le MAROC MEDICAL ne paraîtra durant la guerre que tous les deux mois.

Cet espace de temps entre nos numéros est d'ailleurs nécessaire pour permettre de soumettre les articles à la censure. Nous nous chargerons d'obtenir l'imprimatur pour les manuscrits qui nous seront remis.

Nous CONTINUONS... comme tous ceux qui ont le sens du devoir, à abattre notre tâche, au mieux, là où le sort nous place et quelque accru que puisse être notre labeur.

Le MAROC MEDICAL continuera son rôle de diffusion des travaux médicaux et vétérinaires marocains : nous demandons à nos collaborateurs de prévoir des études « de Guerre ». Il est en France beaucoup de médecins qui ont ou auront à donner leurs soins à des originaires ou des habitants du Maroc. Ces malades, ces blessés, ont une pathologie en certains points différente de la pathologie classique livresque et il faut que leurs médecins traitants soient prévenus de l'allure clinique fréquente de certaines affections marocaines, et connaissent les thérapeutiques que les Médecins du Maroc ont peu à peu précisées. Nous serions heureux de publier de telles mises au point.

Il est aussi des affections presque spécifiquement marocaines : signalez-les à nouveau.

Il est des réactions aux traumatismes de guerre qui peuvent troubler les chirurgiens non prévenus : relatez-les.

Le MAROC MEDICAL sera envoyé à tous les médecins des Régiments provenant du Maroc et dans toutes les régions militaires, pour être mis à la disposition des hôpitaux recevant des Marocains.

Vous savez d'ailleurs que les journaux médicaux de France prêtent attention à notre Revue et signalent souvent les travaux qui y paraissent.

Le MAROC MEDICAL, avait dès l'abord, décidé de maintenir sa publication sans tenir compte de l'équilibre de son budget. Les annonceurs ont décidé pour la plupart, malgré les circonstances commerciales moins propices, de continuer à aider notre journal, en nous maintenant leur publicité.

C'est grâce à eux, grâce aussi au personnel si dévoué de l'Imprimerie du PETIT MAROCAIN, que nos prochains numéros auront la même présentation et la même richesse d'illustration.

A nos Annonceurs et à nos Imprimeurs, nous devons cet hommage de gratitude.

Nous demandons à nos lecteurs, s'ils tirent quelque satisfaction ou quelque avantage de la lecture du MAROC MEDICAL de témoigner aux annonceurs Français leur reconnaissance en retenant, lors de leurs prescriptions, le nom des médicaments qu'ils créent. Soyons solidaires pour être forts.

Commençons tous, pour la 20e année de parution du MAROC MEDICAL, la Campagne Médicale de Guerre : c'est-à-dire un travail accru.

DÉSÉQUILIBRE NEURO-VÉGÉTATIF

SÉRENOL

RÉGULATEUR DES TROUBLES
D'HYPERTONICITÉ NERVEUSE
ÉTATS ANXIEUX - ÉMOTIVITÉ - INSOMNIES
DYSPEPSIES NERVEUSES

3 FORMES
LIQUIDE
COMPRIMÉS
SUPPOSITOIRES

FORMULE

Peptones polyvalentes	0.03	Extrait fluide d'Anémone..	0.05
Hexamethylène-tétramine .	0.05	Extrait fluide de Passiflore.	0.10
Phényl-éthyl-malonylurée..	0.01	Extrait fluide de Boldo ...	0.05
Teinture de Belladone	0.02	pour une cuillerée à café	
Teinture de Cratœgus	0.10		

DOSES moyennes par 24 heures : 1 à 3 cuillerées à café ou 2 à 5 comprimés, ou 1 à 3 suppositoires

LABORATOIRES LOBICA _ 25, Rue Jasmin _ PARIS. (16e)

MALADIE VEINEUSE ET SES COMPLICATIONS

VEINOTROPE 3 FORMULES

VEINOTROPE M COMPRIMES (masculin)

POUDRE DE PARATHYROIDE.....	0.001
POUDRE ORCHITIQUE.....	0.035
POUDRE DE SURRÉNALES.....	0.005
POUDRE D'HYPOPHYSE (lob. post.).....	0.001
POUDRE DE PANCRÉAS.....	0.10
POUDRE DE NOIX VOMIQUE.....	0.005
EXTRAIT DE MARRON D'INDE.....	0.005
EXTRAIT D'HAMAMELIS VIRGINICA.....	0.01

POUR 1 COMPRIMÉ ROUGE

VEINOTROPE F COMPRIMÉS (féminin)

POUDRE DE PARATHYROIDE.....	0.001
POUDRE D'OVAIRES.....	0.035
POUDRE DE SURRÉNALES.....	0.005
POUDRE D'HYPOPHYSE (lob. post).....	0.001
POUDRE DE PANCRÉAS.....	0.10
POUDRE DE NOIX VOMIQUE.....	0.005
EXTRAIT DE MARRON D'INDE.....	0.005
EXTRAIT D'HAMAMELIS VIRGINICA.....	0.01

POUR 1 COMPRIMÉ VIOLET

2 COMPRIMÉS AU LEVER ET 2 COMPRIMÉS AU COUCHER, OU SUIVANT PRESCRIPTION MÉDICALE.(3 SEMAINES PAR MOIS.)

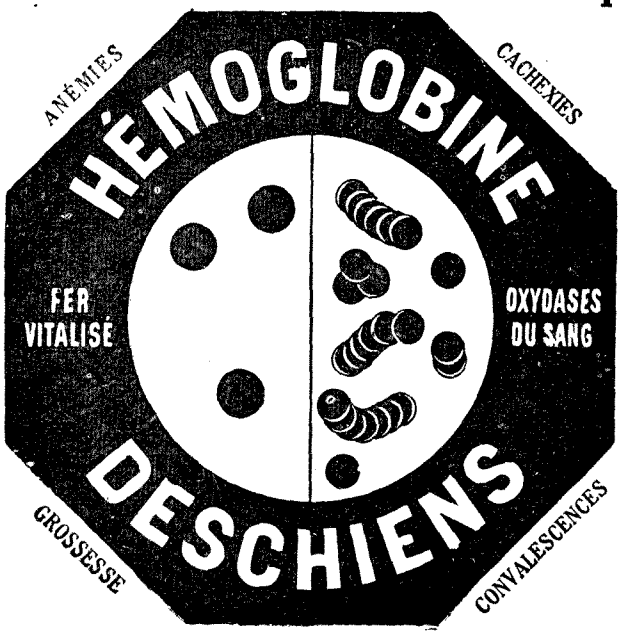
VEINOTROPE POUDRE

EXTRAIT EMBRYONNAIRE.....	1 gr.
PROTÉOSES HYPOTENSIVES DU PANCRÉAS	3 gr.
CALOMEL.....	4 gr.
TALC STÉRILE. Q. S. pour.....	100 gr.

POUDRE : TRAITEMENT DES ULCÈRES SIMPLES ET VARIQUEUX, DES PLAIES EN GÉNÉRAL

LABORATOIRES LOBICA
25, RUE JASMIN - PARIS (16e)

Représentant pour le Maroc : M. PELISSARD, 5, Boulevard de Londres — CASABLANCA



Opothérapie Hématique *Totale*

SIROP DE

DESCHIENS

à l'Hémoglobine vivante

Renferme intactes les Substances Minimales du Sang total

MÉDICATION RATIONNELLE DES

Syndromes Anémiques

et des

Déchéances organiques

Une cuillerée à potage à chaque repas.

Littérature, Échantillons : BON, 211, Boulevard de la Gare, CASABLANCA (Maroc).

THERAPIE INTESTINALE COMPLÈTE

AMIBIASINE

LIQUIDE — **Per OS** — COMPRIMÉS

3 à 6 cuill. à café par jour — **4 à 8 comprimés par jour**

Dysenteries, Entérites, Diarrhées de toutes natures

RECTOPANSEMENT

AMIBIASINE

(GELOSE + AMIBIASINE)

Voie Rectale

Ampoules de 125 c.c. pour lavement pansement

DÉSINFECTE, PANSE, CICATRISE

Colites* ·:· *Entérocolites* ·:· *Rectocolites* ·:· *Rectites

Littérature et Échantillons sur demande

Laboratoires AMIBIASINE - 69, Rue Wattignies, PARIS (XII^e^)

Fournisseur du Ministère de la Guerre et des Colonies

PRÉSENCE DANS UNE URINE DE NÉPHRITE HÉMORRAGIQUE DE SARCOPTIDÉS (GLYCIPHAGUS CURSOR) A DIVERS STADES DE DÉVELOPPEMENT

par P. REMLINGER, G. CABANIE et J. BAILLY

La présence dans l'urine de Sarcoptes Scabiei à différents stades d'évolution est rare mais connue. Elle est postérieure à l'émission, et s'explique par la chute dans le vase de parasites, libérés par le grattage. Bien différent est le cas qui s'est présenté récemment à notre observation. L'acarien, qui n'était du reste pas celui de la Gale mais un Sarcoptidé détriticole banal très répandu dans la nature, provenait des voies urinaires elles-mêmes d'où il était extrait par sondages et où il avait été vraisemblablement introduit par la malade au cours de manœuvres « solitaires », nullement exceptionnelles dans les harems. Nous aurons du reste à nous demander le rôle qu'il a pu jouer dans la genèse des troubles pathologiques présentés par le sujet.

X... 33 ans environ, une des nombreuses femmes d'un harem tangérois, où la tuberculose a fait, ces dernières années, de sérieux ravages. A eu trois enfants dont 2 décédés déjà grands. Soignée au printemps de 1937 par M. le Docteur DECROP pour un abcès du sternum dont l'inoculation au cobaye a montré la nature tuberculeuse, X... a quitté alors Tanger pour Marrakech. Elle revient en avril 1938, munie d'une lettre de M. le Docteur CROZES signalant des hématuries légères, récentes. Le 5 avril, lorsque la malade se présente à l'examen de l'un de nous, l'état général est excellent. Elle déclare seulement uriner du sang depuis février, à chaque miction, mais en quantité très variable. Il s'agit d'une hématurie totale accompagnée d'une légère pollakiurie non douloureuse. Il n'existe aucun symptôme subjectif ; aucune douleur lombaire ou autre. L'analyse de l'urine donne les résultats suivants :

Quantité sur laquelle a porté l'analyse : 170 centimètres cubes.
Couleur : rougeâtre.
Aspect : trouble.
Densité : 1008.
Réaction : acide.
Dépôt : nuageux, blanc-rougeâtre, abondant.
Albumine : 40 centigrammes par litre.
Glucose : néant.
Acétone; acide diacétique : néant.
Eléments fixes dissous : 18 gr. 64 cg. par litre.
Phosphates : 50 cg. par litre.
Pigments et sels biliaires : néant.

Le dépôt nuageux, rougeâtre, abondant, montre des globules rouges très nombreux, des polynucléaires, quelques cylindres épithéliaux et des cellules desquamées isolément des tubes contournés. Il existe en outre des cellules épithéliales desquamées des premières voies génito-urinaires et des cristaux d'urate de soude. Au milieu de ces éléments, on n'est pas peu étonné de rencontrer de nombreux acariens adultes. Le corps est ellipsoïde ; il mesure de 3 à 5 dixièmes de millimètres de long. Le tégument est lisse dépourvu d'écailles mais portant de longs poils finement barbelés. Les 4 paires de pattes sont nettement détachées de la silhouette du corps ; elles ont des longueurs presque égales. La partie postérieure de l'abdomen est arrondie et lisse. A côté des adultes, on rencontre des larves hexapodes de dimensions beaucoup plus réduites et de nombreux œufs. Ce Sarcoptidé paraît devoir être identifié à Glyciphagus cursor. On trouve également dans le dépôt d'assez nombreuses fibres de coton colorées en vert ou en rouge. Aucun œuf de Bilharzie. Les colorations ne mettent en évidence que de rares formes microbiennes banales. Pas de Coli-bacilles.

Les Glyciphagus étant susceptibles de se rencontrer dans les conditions et les matières organiques les plus variées, le laboratoire émet l'hypothèse que leur présence est postérieure à l'émission, et que l'urine n'a pas été recueillie aseptiquement. Ce soupçon n'était pas fondé. L'urine envoyée à l'analyse avait été recueillie avec une asepsie rigoureuse dans un vase stérilisé à l'autoclave, demeuré ouvert seulement le temps nécessaire au prélèvement. Elle avait été obtenue par sondage ; la sonde métallique avait elle-même été stérilisée ; une toilette minutieuse avait été faite ; les mains de l'infirmière brossées, lavées à l'alcool... etc. Il est toutefois procédé à un 2ème cathétérisme, rigoureusement aseptique comme le précédent. L'analyse donne lieu à des consta-

tations identiques : au milieu de globules rouges, de polynucléaires de cylindres épithéliaux et de cellules isolées des tubes contournés, on rencontre les mêmes glyciphagus adultes, les mêmes œufs et aussi les mêmes fibres de coton diversement colorées.

En raison de ces constatations, il est procédé à un examen très complet de la malade. L'inspection de la vulve, du méat urinaire, de l'appareil génital ne révèle aucune particularité. Aucun écoulement leucorrhéique. Il n'existe non plus aucune trace de gale ou d'affection qui pourrait la simuler. L'examen cystoscopique fournit les renseignements suivants :

La vessie admet 400 centimètres cubes de liquide sans la moindre sensibilité. La paroi ne présente pas d'altération importante mais une simple congestion, légère au surplus. Les orifices urétéraux ne sont ni œdématiés ni agrandis. Ils apparaissent légèrement vascularisés sans autres anomalies. A noter encore, la malade ayant été prise d'hématuries à Marrakech, que la paroi vésicale ne présente nullement l'aspect classique de la Bilharziose. Le cathétérisme urétéral est facile à droite. A gauche, une sonde fine (N° 12) butte après quelques centimètres. Le prélèvement de l'urine par cette sonde ne peut être considéré comme normal. Cependant une nouvelle réplétion et une nouvelle cystoscopie après la fin des prélèvements ont permis de constater que la sonde était bien restée dans l'uretère.

La radiographie de l'appareil urinaire, sans préparation, ne montre aucune particularité, aucun calcul. Le rein gauche, bien dessiné, est normal ; le contour du rein droit n'est que partiellement dessiné mais son volume ne peut être différent de la normale. Les reins sont normalement situés.

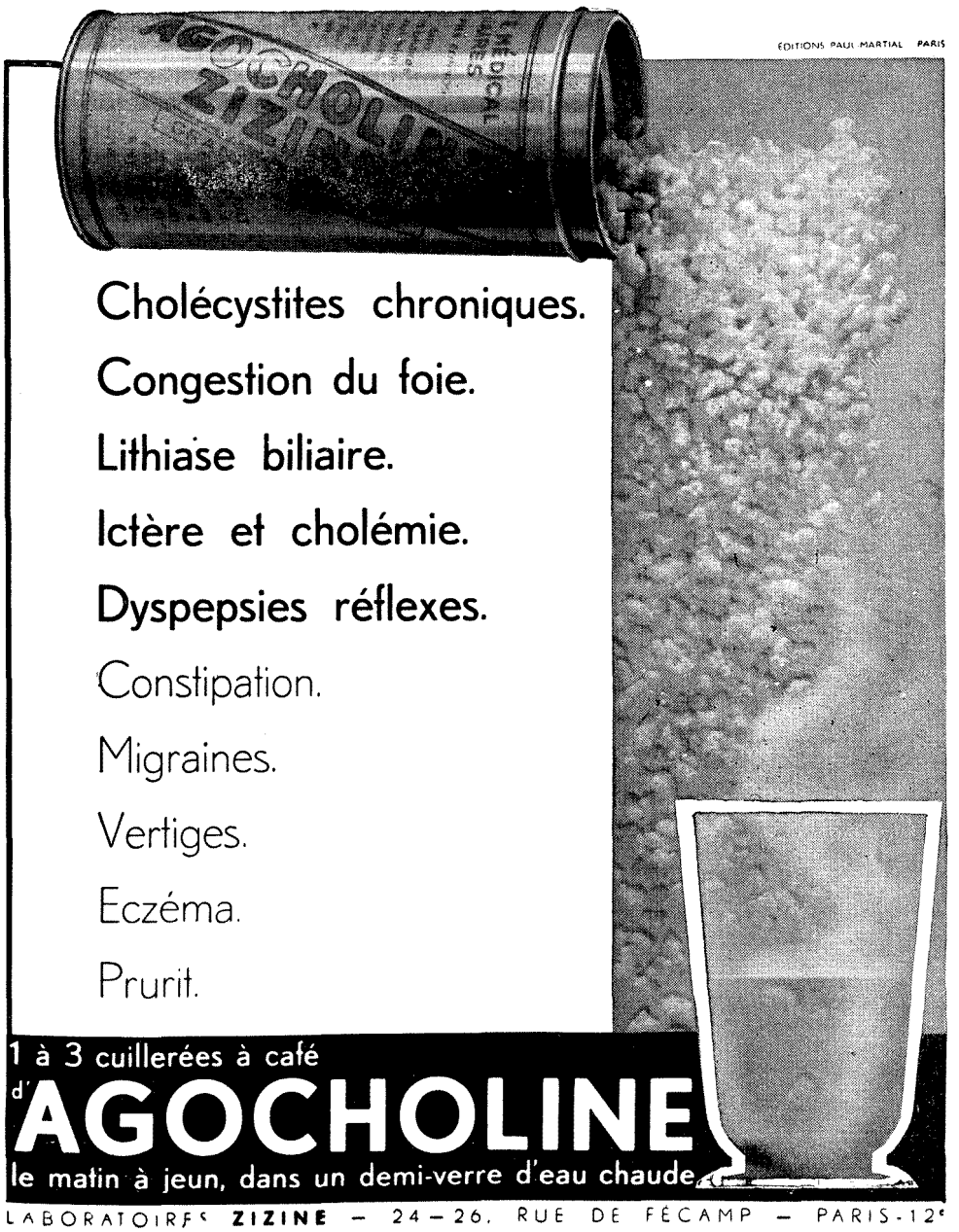
Une pyélographie ascendante droite montre que les calices sont appréciablement dilatés ; le bassinet au contraire apparaît de volume moyen. L'uretère est relativement large dans sa partie lombo-iliaque, étroit dans sa partie pelvienne.

Une pyélographie ascendante gauche révèle des calices peu ou pas dilatés, un bassinet normal, un uretère sans particularité importante.

Les jours suivants, l'hématurie persiste avec la même absence de symptômes subjectifs. Les examens des urines fournissent des données qui diffèrent peu des précédentes. On rencontre dans le dépôt des Glyciphagus peu nombreux ((3-4) soit à l'état adulte, soit à l'état de nymphes ou encore quelques œufs. Toujours, en même temps que les parasites, on découvre quelques fibres de coton. La dernière constatation positive est faite le 29 avril où on trouve 2 sarcoptes, l'un se présentant sous forme d'une larve hexapode typique, l'autre sous forme d'un adulte dont 2 pattes ont été brisées. Un gros filament de coton de couleur bleue voisine avec les acariens. Ultérieurement et sans qu'on puisse en faire honneur à la thérapeutique qui n'a guère été qu'une expectation déguisée, on note la disparition des éléments parasitaires, celle des cylindres urinaires, des cellules des tubes contournés, des polynucléaires. L'examen microscopique ne décèle plus — en rapport avec la présence de 20 à 30 centigrammes d'albumine, que l'existence d'une petite quantité de sang. Une particularité assez curieuse est toutefois décelée par l'une des analyses. L'examen ayant porté séparément sur l'urine du rein droit et celle du rein gauche, on découvre dans cette dernière 3 Trichomonas vaginalis animés des mouvements les plus vifs. L'enquête à laquelle a donné lieu cette constatation imprévue a appris que la sonde urétérale était bien dans l'uretère à la fin de l'examen, peu enfoncée il est vrai, butant sur un obstacle après quelques centimètres et que la vessie était vide. Au reste, un reflux de spermatozoïdes jusque dans le bassinet n'a-t-il pas déjà été signalé ?

Au mois de mai, l'hématurie macroscopique devient intermittente puis disparaît. Les analyses décèlent encore toutefois la présence de 5 centigrammes, puis de traces indosables d'albumine et l'existence dans le dépôt de quelques globules rouges. Aucun retour des Glyciphagus. L'origine tuberculeuse de cette hématurie ayant été suspectée, des inoculations du dépôt ont été à plusieurs reprises effectuées sous la peau de cobayes. Résultat négatif.

En résumé, une femme de 33 ans, appartenant à un milieu spécial, présente dans l'urine, au cours d'une néphrite hémorragique dont l'étiologie est demeurée indéterminée et dont la nature tuberculeuse n'a pu être que suspectée, de nombreux Sarcoptidés detriticoles à différents stades d'évolution (adultes, larves, œufs). Quelle signification convient-il de leur attribuer ? Quel a pu être leur rôle dans l'étiologie des phénomènes morbides présentés par le sujet ? Nous sommes persuadés de ce que ce rôle a été nul et de ce que les Glyciphagus se sont comportés comme des hôtes non seulement accidentels mais encore inoffensifs et, bien que les Sarcoptidés aient été rencontrés à la fois à l'état d'œufs, de larves et d'adultes nous ne croyons même pas que ce soit dans la vessie qu'ils aient accompli leur cycle évolutif. Chez une femme désœuvrée, un peu coquette, heureuse qu'on s'occupât d'elle, l'hypo-



Cholécystites chroniques.

Congestion du foie.

Lithiase biliaire.

Ictère et cholémie.

Dyspepsies réflexes.

Constipation.

Migraines.

Vertiges.

Eczéma.

Prurit.

1 à 3 cuillerées à café

d'**AGOCHOLINE**

le matin à jeun, dans un demi-verre d'eau chaude

LABORATOIRES **ZIZINE** — 24 — 26, RUE DE FÉCAMP — PARIS-12e

En Argentine, en Uruguay, aux États-Unis, l'**Agocholine** s'appelle **Agozizine**

Littérature et Echantillons : **P. Ramond,** B. P. 127 / Tél. : 37-81 **RABAT**

AMPHO - VACCIN INTESTINAL

A INGERER

Etats aigus :

ENTERITES - CHOLECYSTITES - APPENDICITES
SYNDROME ENTERO-RENAL - RHUMATISMES

Etats chroniques :

TOUTES AUTO-INTOXICATIONS - ALBUMINURIES
HYPERTENSION - APPENDICITE et RHUMATISMES
CHRONIQUES - INSUFFISANCES HEPATIQUES

1 à 2 ampoules par jour

A. D. RONCHESE, Docteur en Pharmacie - 21, Bd de Riquier — NICE

Représentant-dépositaire : M. BAKRY - 1, Rue Oudjari - CASABLANCA

Le Néalgyl Bottu
agit
sur toutes algies

Laboratoires Bottu, 117, rue N.-D. des Champs. Paris XI[e]

thèse d'une supercherie pithiatique était à envisager. Des vérifications inopinées ont donc été effectuées. Rien ne nous a permis d'incriminer la bonne foi de la malade. Les Glyciphagus sont d'autre part, des hôtes nullement exceptionnels des poudres pharmaceutiques chez lesquelles ils ont été étudiés par M. FUMOUZE. Nous avons ainsi été amenés à rechercher si les Sarcoptidés n'avaient pas été introduits dans la vessie avec la poudre de talc dans laquelle étaient conservées des sondes en gomme ayant servi à des prélèvements mais non toutefois aux premiers, effectués avec des sondes métalliques. L'examen microscoqique de nombreux échantillons de ces poudres a donné un résultat à peu près complètement négatif. Une seule nymphe, à l'état squelettique a pu être mise en évidence et cette rareté contraste avec le grand nombre des parasites rencontrés dans les urines. Il nous paraît rationnel par contre d'établir un rapport entre la présence dans l'urine des sarcoptes et celle signalée dans l'observation à plusieurs reprises de filaments de coton diversement colorés. La présence des parasites a toujours coïncidé avec celle des filaments et la disparition des premières a coïncidé de même avec la disparition des seconds. Etant donné la fréquence des Glyciphagus dans la nature et leur présence dans les conditions les plus variées, en particulier « dans les vêtements intimes de l'homme », (1) nous pensons donc qu'ils ont été introduits dans la vessie à l'aide d'une cordelette de coton, au cours de manœuvres dites « spéciales » ou « solitaires » qui ne sont pas rares dans les harems. Naturellement, il était impossible d'obtenir sur ce point des confidences de la malade. Nous pensons toutefois que la fréquence avec laquelle nous lui demandions des urines, l'insistance que nous mettions à les obtenir, lui ont fait supposer que nous nous doutions des satisfactions extra-conjugales qu'elle recherchait. Elles ont dû l'inquiéter et ont peut-être contribué à un renoncement aussitôt suivi de la disparition des Sarcoptes...

CONCLUSION

Certains Sarcoptidés de la sous-famille des Tyroglyphinés (Glyciphagus cursor) peuvent à titre exceptionnel, être rencontrés au microscope dans les dépôts urinaires. Ce sont des hôtes accidentels et inoffensifs. Bien qu'à la rigueur ils puissent être véhiculés par la poudre de talc des sondes vésicales, il est vraisemblable qu'ils pénètrent surtout dans la vessie avec différents engins, cordelettes de coton par exemple, susceptibles de servir à des manœuvres dites « solitaires ». Le renoncement à ce mode de satisfaction sexuelle est immédiatement suivi de la disparition des parasites.

CONSIDÉRATIONS SUR LES ÉPIZOOTIES CHARBONNEUSES OBSERVÉES DANS LE SUD MAROCAIN (Bou Izakareu)

par le Médecin-Lieutenant FAURE
Ancien Externe des Hôpitaux de Paris
Médecin-Chef de l'Infirmerie indigène de Zagora et du Groupe Sanitaire Mobile du Drâa

Pendant les trois ans que nous avons passés à Bou Izakaren, nous avons observé à plusieurs reprises des épizooties charbonneuses accompagnées de cas de charbon humain. Il nous semble que l'on puisse retirer quelques enseignements des observations qui vont suivre, ne serait-ce qu'au point de vue économique dans la région envisagée, où la mortalité animale occasionnée par cette maladie a pu prendre les proportions d'une véritable catastrophe dans certains douars. Voilà pourquoi, bien qu'il s'agisse de faits déjà anciens, nous nous décidons à les publier.

La première épizootie que nous ayons eu l'occasion d'observer s'est présentée de la façon suivante :

Entre le 1er et le 15 juillet 1936, les habitants du douar Abeino se plaignent d'une grosse mortalité dans leurs troupeaux. Nous nous déplaçons pour les examiner ; on nous montre quelques moutons et quelques chèvres très maigres, mais ne présentant aucun autre

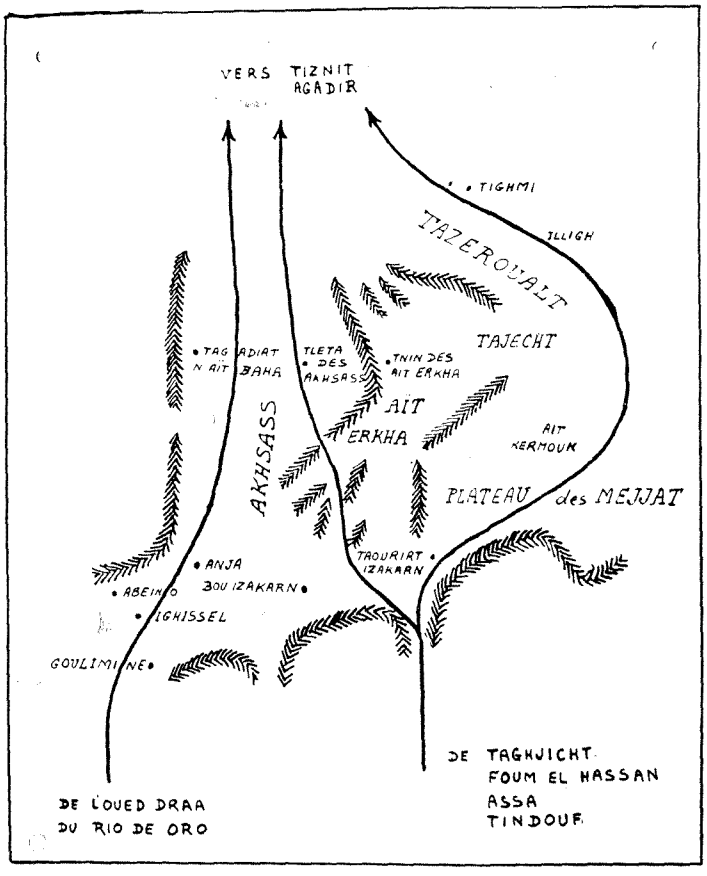
(1) MEGNIN. — Les Acariens (Encyclopédie scientifique des aide-mémoires) page 98

symptôme digne d'attirer l'attention. Dans cette région présaharienne, les pâturages sont si maigres à cette époque, que nous pensons que le mauvais état des animaux est dû simplement au manque de nourriture, et que nous ne voyons aucune mesure possible pour l'enrayer.

Sur ces entrefaites, le 16 juillet, on nous annonce que, dans ce même douar, six indigènes sont malades, et qu'ils présentent des

Entre temps, un prélèvement avait été effectué (os long de chèvre), et le Laboratoire du Centre de l'Elevage de Casablanca avait confirmé le diagnostic.

15 animaux environ sont morts dans ce douar au cours de l'épizootie. Dans les plus brefs délais, il a été procédé à la vaccination des survivants ; cette précaution, jointe aux mesures de prophylaxie habituelle a rapidement amené la cessation de l'épidémie.



Carte approximative des points de passage des nomades.

ulcérations très douloureuses, œdématiées, avec un état général grave. A l'examen, il ne fait aucun doute qu'ils sont atteints de Pustule maligne. (Voir les observations médicales à la fin de cet article).

Nous étions à ce moment dépourvus de sérum anticharbonneux, et nous avons traité ces malades le premier jour par des injections de Novar, qui, chez presque tous a amené une sérieuse amélioration ; (ces cas ont été publiés dans les Annales de la Société de Médecine militaire, 1936, page 37). Puis, dès que le sérum est arrivé, ces malades en ont reçu des doses massives, qui chez tous ont amené la guérison.

Le 8 septembre 1936, on nous signale de nouveaux cas en un point éloigné du précédent Agouchgal N'Aït Kermoun des Mejjat. Cette fois, l'épizootie a frappé uniquement des bovidés (sur les 17 vaches du douar, 7 sont mortes). Les animaux ont été enterrés, et il nous est impossible de faire le prélèvement ; cependant, le diagnostic n'est pas douteux, car, parmi les gens qui ont dépouillé les bêtes mortes, les dégâts sont considérables :

Dans un même foyer, où sont mortes deux vaches, le père et le fils sont morts rapidement de pustule maligne à quelques heures d'intervalle ; la mère et le second fils sont également sérieusement atteints. Dans le

NESTLÉ

met à votre disposition,

DOCTEUR

POUR L'ENFANT SAIN

son **LAIT CONCENTRÉ SUCRÉ**

son **SINLAC**

(mélange de céréales dextrinées-maltées et rôties pour décoction remplaçant l'eau dans la préparation des biberons).

son **NESTOGÈNE** Lait sec 1/2 écrémé

sa **FARINE LACTÉE**

POUR L'ENFANT MALADE

son **BABEURRE EN POUDRE** (Elédon)

Litt. et approvisionnement médical : Maison **NESTLÉ**

angle rues Védrines et Coli - Casablanca

LES ANTIGENINES

ANTIGENINE C E

COLIBACILLES - ENTÉROCOQUES :
ENTÉRITE, APPENDICITE, SYNDROME ENTÉRO-RÊNAL, DIARRHÉE INFANTILE

ANTIGENINE C

COLIBACILLES POLYVALENTS:
COLIBACILLOSE, PYÉLONÉPHRITES GRAVIDIQUES.

ANTIGENINE TAB

BACILLES TYPHIQUES PARA A ET PARA B :
FIÈVRES TYPHOÏDE ET PARA-TYPHOÏDES.

ANTIGENINE S

STAPHYLOCOQUES POLYVALENTS :
ANTHRAX, FURONCULOSE, STAPHYLOCOCIES.

ANTIGENINE EPS

ENTERO-PNEUMO-STREPTOCOQUES :
GRIPPE ET SES COMPLICATIONS, FIÈVRES PUERPÉRALES, ANGINES.

BOUILLON-ANTIGENINE

pour pansements

ANTHRAX, FURONCULOSE, ABCÈS, PANARIS, BUBON CHANCRELLEUX ET TOUTES PLAIES INFECTÉES

RHINO-ANTIGENINE

EN INSTILLATION NASALE OU OTIQUE

CORYZA, RHUMES DES FOINS, SINUSITES, RHINITES, OTITES

OVULES-ANTIGENINES

VULVO-VAGINITES, ÉROSIONS, ULCÉRATIONS, GONORRHÉE, MÉTRITES SALPINGITES ET TOUTES LEUCORRHÉES.

Anthelmintique, Désinfectant intestinal

CRÈSENTYL

comprimés dosés à 50 ctgr. de produit actif

DÉPOTS : Représentant exclusif pour le Maroc : M. GUERIF, Villa Marie-Paule, rue Verlet Hanus - Casablanca (Demander échantillons et littérature). R. ASMODE. — 26, Rue Vasco-de-Gama — Alger

Laboratoire des ANTIGENINES - 1, Place Lucien-Herr - Paris (5e Ar.)

douar il y a encore 6 autres malades, ce qui porte le bilan de l'épidémie aux chiffres suivants :

7 vaches mortes, plus 10 hommes malades dont 2 morts.

Après traitement des humains et vaccination des animaux, l'épidémie est enrayée en quelques jours, sans qu'il y ait de nouveaux décès à déplorer.

Le 15 septembre, de nouveaux cas sont signalés près du Souk Et Tléta des Akhsass, à Tagadirt n'Aït Baha des Aït Bou Yassin. 40 animaux sont morts, dont 19 chez le même propriétaire : (1 chameau, 1 vache, 2 chevaux, 15 moutons). Le propriétaire de ces animaux a présenté une ulcération de la main dont il nous montre la cicatrice, qui aurait guéri après cautérisations énergiques.

Nous ne retiendrons que pour mémoire cette épizootie dont le diagnostic est un peu douteux.

Telles furent les épidémies charbonneuses de l'été 1936. L'année suivante, à la même époque, les mêmes faits se renouvelèrent.

Au mois d'août 1937, nous sommes appelé à nouveau aux douars Agouchgal n'Aït Kermoun (contaminé en 1936) et aux douars voisins Id El Qadi, Tagadirt, Id Bouhouj de Tajecht, où depuis 15 jours les animaux meurent dans des conditions suspectes. Cette fois encore, pas de prélèvement possible, mais les circonstances du décès d'un boucher ne laissent aucun doute sur le diagnostic :

Celui-ci, ne voulant pas perdre une vache malade l'a égorgée, puis dépouillée suivant la technique habituelle, c'est-à-dire qu'il l'a soufflée par un trou pratiqué dans la peau du jarret ; huit jours après, il était atteint de pustule de la lèvre inférieure, et mourait avec des symptômes de septicémie après six jours de maladie.

La semaine suivante, on nous signale la mort de plusieurs bovidés au Souq Et Tnin des Aï Erkha, tout proche.

Enfin, le 11 octobre, un homme du douar Taourirt Izakarn d'Ifran, qui a dépecé trois moutons et une vache morts le même jour, nous est amené avec une pustule maligne de la face.

⁂

En 1938 nous n'avons constaté qu'un seul cas de charbon, au mois d'août, chez un juif de Taghjicht.

De ces faits, nous tirerons une première série de conclusions se rapportant à l'élevage.

1° Dans la plupart des points contaminés, les indigènes ont le souvenir d'épizooties antérieures et certains paraissent même avoir la notion de « champs maudits » ?

2° Entre tous ces endroits, qui, au premier abord paraissent très éloignés les uns des autres, on peut cependant noter qu'il existe un rapport assez curieux : tous sont situés sur les routes de caravanes des nomades sahariens vers les pâturages d'été, trajets que nous indiquons sur la carte approximative ci-dessus.

Nous ne formulons ici qu'une hypothèse, qui, à notre avis, mériterait d'être étudiée de plus près et vérifiée, car, si elle est exacte, elle permet de penser que le passage des nomades met en danger constant le cheptel de cette région du Souss. D'ailleurs, pendant l'été 1937, le Capitaine MONTJEAN, alors Chef de Bureau intérimaire d'Anzi, nous a rapporté que les nomades avaient perdu de nombreux animaux dans le Tazeroualt.

Sans doute l'année 1937 a-t-elle été une année de famine dont les effets sur le bétail ont été désastreux ; la pénurie de nourriture, à elle seule peut peut-être expliquer que les troupeaux aient été décimés. Cependant, ce serait une erreur que de négliger le Charbon, dont certains foyers endémiques ne sont pas douteux. D'ailleurs, l'hypothèse inverse peut aussi être admise : si les troupeaux des nomades sont indemnes il importe d'éviter leur contage, en leur interdisant le passage dans les endroits antérieurement contaminés.

En tous cas, il est nécessaire de prendre en cas d'épizootie des mesures draconiennes, et en particulier s'élever énergiquement contre l'habitude qu'ont les indigènes de laisser pourrir dans le bled les cadavres d'animaux, sans les enterrer ; les chacals et autres charognards se chargent sans doute de nettoyer, mais ils peuvent transporter les os qui sont virulents.

Passons maintenant à des considérations d'un point de vue plus purement médical, en étudiant les observations succinctes des malades :

OBSERVATION I.

Aïcha B., Abeino, 16 juilet 1936

Pustule maligne de la joue gauche, à 3 cm. de l'œil. Escharre arrondie cerclée de grosses vésicules, énorme œdème violacé de toute la face ; infiltration de consistance gélatineuse.

Ganglions rétromaxillaires et de la chaîne carotidienne engorgés. Etat général grave : anorexie absolue, T° 39, pouls petit et misérable.

Le début de la maladie remonte à 4 jours.

Traitement : Novar 0,30. (Nous n'avons pas de sérum).

Le lendemain, on note une légère amélioration ; la malade parle un peu et la température a diminué.

Le surlendemain, l'amélioration s'est maintenue et nous avons heureusement reçu du sérum que nous lui injectons à raison de 20 cc intraveineux, puis 20 cc sous-cutané, et 20 cc tous les jours jusqu'à guérison.

OBSERVATION II.

Mohamed ben M., Abeino, 16 Juillet 1936

Pustule maligne de l'avant-bras ; œdème énorme (le membre a doublé de diamètre) Adénite axillaire très douloureuse.

Atteinte grave de l'état général : malade présentant des symptômes septicémiques.

5e jour de la maladie.

Même traitement que la précédente, mais avec pansement local au sérum. Guérison en 8 jours.

OBSERVATION III

Brahim ou S., Abeino, 16 Juillet 1936

Pustule maligne de la main remontant à deux jours et n'ayant pas subi de cautérisations ; gros œdème de la main et de l'avant-bras ; adénite axillaire.

L'état général est peu touché : la maladie n'a pas encore atteint la phase septicémique.

Même traitement que les deux malades précédents. Pas de pansement local au sérum Guérison en 6 jours.

OBSERVATION IV.

Aomar ou H.. Taourirt Izakarn, 10 oct. 1937

Le malade a dépecé une vache et trois moutons morts le même jour après avoir présenté des symptômes suspects : jetage, polypnée, convulsions. Il a en outre mangé la viande de cette vache et en a donné à 4 de ses amis ; parmi ces 4 personnes, l'une est morte (Observation VI), et une autre est malade (Observation V.).

Il présente une pustule maligne de la joue gauche, escharrifiée, entourée de vésicules. Enorme œdème gélatineux de la joue, de la peau du crâne, des paupières, des lèvres et du menton. Grosses adénopathies.

Etat général extrêmement précaire, température 40°2. délire, signes méningés.

Cinquième jour de la maladie.

Traitement habituel, en insistant sur la sérothérapie intraveineuse.

Le malade est guéri le 17 octobre.

OBSERVATION V.

Ali ou S., Taourirt Izakarn, 12 oct. 1937.

A présenté à la face interne de la jambe gauche une grosse vésicule avec auréole rouge violacée très vivement prurigineuse. Dès le 2e jour, cette lésion a été vigoureusement cautérisée, excisée même au fer rouge, de sorte que dans tout le fond d'une ulcération du diamère d'une pièce de 1 franc, le stylet vient buter sur le tibia.

Cette lésion cutanée n'a aucun autre caractère particulier.

Cependant, nous sommes frappé par la coexistence de signes généraux assez graves avec une plaie d'aussi minime importance. Comme nous savons également que le malade a manipulé de la viande charbonneuse, nous pensons qu'il s'agit peut-être d'une pustule maligne qui a avorté grâce au traitement local précoce. Pour confirmer le diagnostic, nous décidons de laisser un peu évoluer la maladie : deux jours après, l'état général a nettement empiré sans que la lésion locale se soit modifiée.

Nous instituons alors la sérothérapie qui amène la guérison en 6 jours.

OBSERVATION VI.

Pour ce malade, le diagnostic est également un peu douteux. Il s'agit de l'un des indigènes ayant absorbé de la viande suspecte, et mort 10 jours après. Nous n'avons pas pu faire l'autopsie, pour des raisons de politique locale, le malade étant inhumé depuis longtemps.

Cependant, nous apprenons que sa maladie se serait traduite par les symptômes suivants : vomissements, diarrhée sanglante et même petites hémorragies intestinales, fièvre élevée, délire, S'agit-il de charbon intestinal ?

OBSERVATION VII.

Belqaçem Mohassou de Timoussant, 15 oct. 1937

Pustule maligne de la face. Guérison.

OBSERVATION VIII.

Schmaoun ben Yacob, Taghjicht, Août 1938

Pustule maligne de la face. Œdème énorme. Etat général grave. Guérison.

CONCLUSIONS

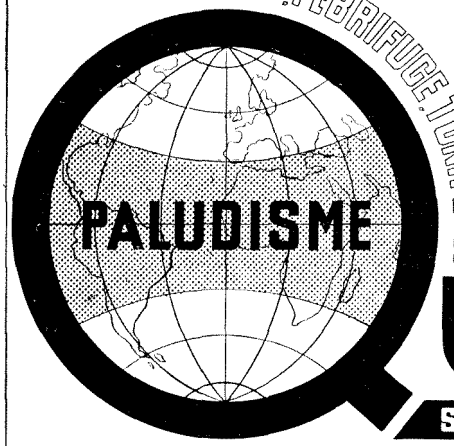
En raison de la pauvreté de notre installation à Bou Izakarn à cette époque, nous n'avons pu que très rarement confirmer les diagnostics par un examen microscopique. On pourra donc nous reprocher quelques observations un peu douteuses ; cependant, l'allure clinique du Charbon ne laisse que peu de chances de commettre des erreurs de diagnostic. De plus, avec les exemples rapportés, coexistaient toujours des épizooties.

Outre ces observations, nous avons traité également d'autres malades que nous ne faisons pas entrer dans le compte : pustules suspectes qui ont très rapidement guéri avec la sérothérapie anticharbonneuse. Les indigènes ont une telle crainte de cette « tahaboubt » qu'à cette époque ils cautérisaient énergiquement des lésions cutanées de toute sorte, déformant ainsi leur aspect clinique.

Dans la pathologie locale tout au moins, il semblerait que l'on puisse décrire toutes les formes cliniques d'après la gravité, depuis la forme foudroyante et l'œdème malin jusqu'à des formes plus bénignes, et il n'est pas impossible que certaines formes rares puissent guérir par de simples cautérisations pratiquées tout au début.

Quant au traitement, nous accorderons la préférence, comme LIGNIÈRES de Buenos-Ayres, (Ac. Méd. octobre 1924) aux injections intraveineuses de sérum, puis aux injections sous-cutanées. Les injections locales en dehors de l'escharre (Regan 1924) ou le pansement local au sérum sont peut-être de bons adjuvants, mais ne paraissent pas indispensables. Le Novar à défaut de sérum (DARIER) peut permettre d'attendre, en amenant des améliorations assez nettes.

ANTIPALUDIQUE. FEBRIFUGE. TONIFIANT



QUINIMAX

SUPPRIME LES INCONVENIENTS DE LA QUININE

PLUS ACTIF - PLUS MANIABLE
PLUS COMPLET - MIEUX TOLÉRÉ

4 FORMES
COMPRIMÉS - AMPOULES
SUPPOSITOIRES - GRANULÉS

LABORATOIRES DEROL, 154, AVE MALAKOFF, PARIS
FOURNISSEURS DES SERVICES DE SANTÉ, DISPENSAIRES & HOPITAUX COLONIAUX

Agents dépositaires
MAROC : P. PELISSARD, rue Chateaubriand, Casablanca.
ALGERIE : LE PHARMEDHY, 13, rue Jean-Jacques Rousseau, Alger
TUNISIE, E. BRAMI, 37-39, rue d'Isly, Tunis.

HORMONOTHERAPIE

AMBO-SEXUELLE

LIPOCRINYL
DEROL

INDICATIONS

Hypertrophie prostatique.
Présénescence.
Impuissance.
Troubles nerveux dépressifs dûs à la Ménopause et à la Puberté.
Neurasthénie d'origine sexuelle.

DOSES

6 à 12 pilules par jour dans l'intervalle des repas.

COMPOSITION

1 pilule de Lipocrinyl contient 0 gr. 10 de lipoïdes orchitiques totaux d'animaux jeunes.

RÉTABLIT, CHEZ LES DEUX SEXES, L'ÉQUILIBRE HORMONAL ALTÉRÉ PAR MANQUE OU INSUFFISANCE DE SÉCRÉTIONS ENDOCRINIENNES

LABORATOIRES DEROL 154 Ave de Malakoff PARIS

Toutes anémies
&
Insuffisances hépatiques

HÉPATROL

Extrait de foie de veau frais

Deux formes :
AMPOULES BUVABLES
AMPOULES INJECTABLES

•

MÉTHODE DE WHIPPLE
Adultes & Enfants
sans contre indications

HÉMET - JEP - CARRÉ - PARIS

ÉCHANTILLONS & LITTÉRATURE SUR DEMANDE
LABORATOIRES ALBERT ROLLAND
4, rue Platon 4,
Paris XV^e^

•

Représentant pour le Maroc :
M. Bakry, 3, Rue Oudjari - Tél. A 59-78 - **Casablanca**

CHARBON HUMAIN A FORME SÉVÈRE CHIMIOTHÉRAPIE SULFAMIDÉE

par le Docteur L. BRIMONT (Itzer).

Moha ou Youssef, jeune berger de 14 ans environ, se présente le 13 juillet 1939 à la Salle de Visite de Bou Mia.

Ayant eu quelques jours plus tôt un petit bouton à l'avant-bras, il l'a gratté avec ses ongles, et, depuis 4 jours, il ne peut plus se servir de son membre, qui est gonflé et douloureux ; il éprouve en même temps une grande lassitude, ne mange plus, a des nausées.

Ce jeune malade présente en effet, au tiers moyen de l'avant-bras gauche, bord cubital, une escarre noirâtre, de la dimension d'une pièce de 50 centimes, bordée d'une couronne de vésicules remplies d'un liquide citrin et allant du volume d'un grain de maïs à celui d'une noix. Un œdème considérable entoure cette lésion, œdème rouge, tendu, douloureux, qui distend tout l'avant-bras, s'étend à la main, remonte jusqu'au 1/3 supérieur du bras en s'atténuant progressivement (fig. 1). Les ganglions axillaires sont un peu tuméfiés, leur palpation est douloureuse.

Le malade ne se plaint pas de sa pustule, qui, prurigineuse au début, ne l'est plus et ne le fait pas souffrir, mais, par

contre, l'œdème, tendu, est ce qui l'incommode le plus ; bien qu'il ne paraisse pas pusillanime, il gémit sans cesse.

L'état général est également touché, le pouls est rapide, la température rectale atteint 40°2. Le malade a des nausées, de la céphalée, des frissons, se sent très fatigué et se tient péniblement debout.

Bien que le charbon soit très rare dans la région où je n'en ai jamais rencontré un seul cas, le diagnostic de pustule maligne s'impose ,les signes généraux font porter un pronostic sévère.

Le malade est hospitalisé immédiatement à l'Infirmerie Indigène d'Itzer. Dès l'arrivée, un examen bactériologique est pratiqué :

(N° 184-Itzer), *Frottis de liquide de phlyctène.* Gram — présence de Bactéridies en petit nombre.

Frottis de sérosité de l'escarre après légère scarification — Gram — Nombreuses Bactéridies — quelques staphylocoques.

Le diagnostic de Charbon est confirmé ; il ne m'est pas possible de faire une hémoculture.

Je ne possède pas de sérum antichar bonneux ; les confrères les plus proches, alertés par téléphone, n'en ont pas ; il ne m'est pas possible non plus de me procurer du sérum pour usage vétérinaire. En demander en ville ? Le courrier n'arrive à Itzer qu'une fois par jour, le lendemain est jour férié, je ne pourrais donc espérer en recevoir que dans un délai minimum de 48 heures, or il est probablement déjà trop tard.

Un traitement sulfamidé est alors tenté.

En quelques heures, l'œdème a gagné tout le bras et envahi le creux axillaire où il n'est plus possible de palper les ganglions ; l'état général s'est aggravé, le malade est prostré, vomit de la bile, la température se maintient à 40°2.

TRAITEMENT SULFAMIDE

13 juillet. — Soir et nuit : 693 (*Dagenan*), 2 *grammes*. H. camphrée. Pansement Dermoseptazine.

14 juillet. — L'état du malade est le même, mais ne s'est pas aggravé. Un nouvel examen montre encore des Bactéridies au niveau de l'escarre. Inoculation au cobaye (voir plus bas).

693 : 3 gr., H. camphrée. Pansement Dermoseptazine.

15 juillet. — Le malade sort de sa torpeur, l'œdème est moins tendu. La T°, tombée le matin à 38°7 remonte le soir à 39°6.

693 : 3 gr., H. camphrée. Pansement Dermoseptazine.

16 juillet. — T° le matin 38°1. le soir 38°5. Le pouls est bon, l'amélioration continue à se dessiner.

693 : 2 gr., H. camphrée. Pansement Dermoseptazine.

17 juillet. — T° le matin 37°6, le soir 37°3. Le malade est prodigieusement transformé ; il s'alimente, demande à se lever, est très euphorique.

L'oedème est presque totalement résorbé ; les vésicules sont sèches.

693 : 2 gr. — Bains de bras permanganate faible. H. camphrée.

18 juillet. — Le malade peut être considéré comme guéri.

693 : 1 gr. 50.

19 juillet. — 693 : 1 gr.

20 juillet. — 693 : 1 gr.

21 juillet. — 693 : 1 gr.

22 juillet. — 693 : 1 gr.

L'œdème a disparu, les vésicules sont desséchées et leur emplacement, ainsi que celui de l'escarre, offre une surface noirâtre, irrégulière, ressemblant à une brûlure soumise au tannage. A aucun moment, il n'y a eu de suppuration. (fig. 2).

La convalescence est rapide, le malade sort, en excellent état, le 27 juillet.

Bien qu'il n'ait pas été possible de pratiquer une hémoculture, cliniquement, le malade a fait, non seulement un charbon localisé à sa pustule maligne, mais une véritable septicémie ; il a reçu, au total : *17 gr. 50 de 693* en 10 jours.

Dès le 3e jour de traitement, il pouvait être considéré comme sauvé. L'action du 693 associé à un traitement sulfamidé local a donc été tout à fait remarquable, et il semble, d'après cette observation de charbon traité tardivement, sans sérum, que l'on possède dans la thérapeutique sulfamidée une arme puissante contre la Bactéridie Charbonneuse.

INOCULATION AU COBAYE. — Le 14 juillet à midi, inoculation dans le tissu cellulaire, sous-cutané — abdomen côté droit — de 1/4 de c.c. environ de sérosité de phlyctène et de pulpe d'escarre prélevés extemporanément sur le malade.

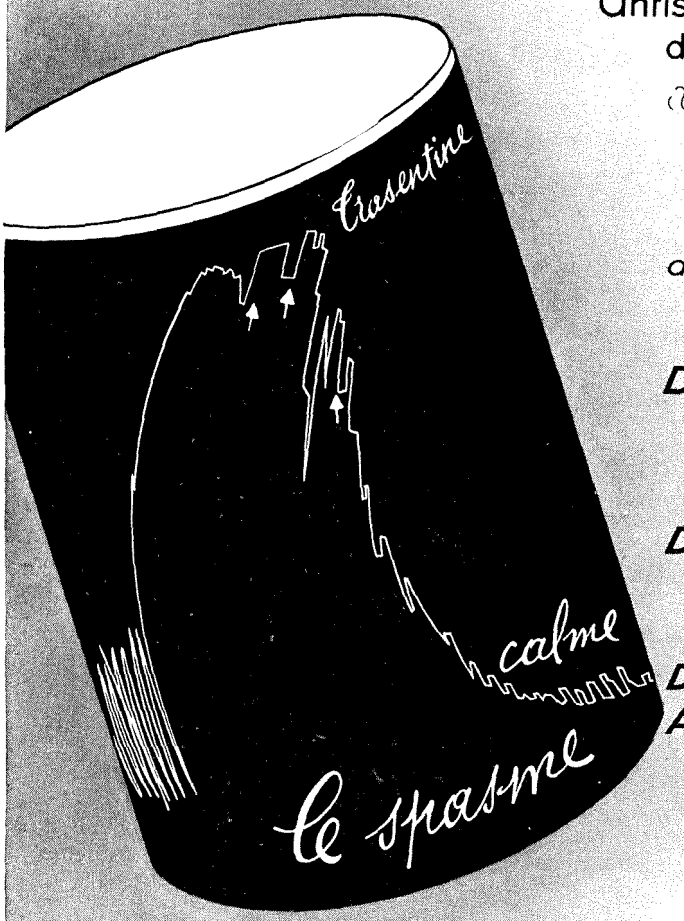
Le cobaye ne paraît pas souffrir de cette inoculation jusqu'au 16 juillet à 16 heures où il est trouvé, couché sur le flanc, dans le coma. Il meurt à 17 heures, après avoir présenté une hemorragie nasale et une hemorragie vulvaire (femelle pleine), toutes deux minimes.

AUTOPSIE. — Lieu d'inoculation : la peau est normale ; une incision pratiquée à ce niveau montre que le tissu cellulaire sous-cutané est le siège d'un œdème noirâtre, gélatineux, infiltré de sang, s'étendant jusqu'au pli de l'aine, alors que du côté gauche, la région symétrique présente un aspect normal.

TRASENTINE

Nom déposé

CIBA



Antispasmodique de Synthèse
d'action physiologique totale
(Voie nerveuse et voie musculaire)

Efficacité maxima
dans tous les ***SPASMES***

DU TUBE DIGESTIF
Spasmes gastriques
Spasmes pyloriques
Ulcus - Entéralgies

DES VOIES BILIAIRES
Coliques hépatiques
Cholécystites

DE TOUS LES ORGANES
A MUSCULATURE LISSE
Coliques néphrétiques
Spasmes urétro-vésicaux
Hypertonie utérine

DRAGÉES
1 à 2 dragées 2 ou 3 fois par jour

SUPPOSITOIRES
1 à 2 suppositoires par jour

AMPOULES
1 à 2 ampoules par jour

LABORATOIRES CIBA, O. ROLLAND
103, A 117, BOULEVARD DE LA PART-DIEU - LYON

ANIODOL EXTERNE
Désodorisant Universel
Chirurgie — Obstétrique
Gynécologie
Hygiène Privée
ANIODOL
LE PLUS PUISSANT ANTISEPTIQUE — NON TOXIQUE
Échantillons aux Médecins sur demande — Laboratoires de l'ANIODOL, 3 à 9, Rue des Alouettes — NANTERRE (Seine
ANIODOL INTERNE
Gastro-Entérite
Fièvre Typhoïde
Diarrhée verte des Nourrissons
Furonculose
R. C. Seine 218 795

L'intestin est congestionné, il existe un peu de liquide roussâtre dans la cavité péritonéale, le foie est de coloration foncée, la rate, hypertrophiée, a l'aspect d'un caillot. Les reins sont congestionnés, les poumons présentent de la congestion des bases. De nombreux prélèvements sont pratiqués : sérosité du lieu d'inoculation — sang du cœur — sang périphérique — empreintes de coupes de foie, de rate de rein... toutes les préparations (N° 188 à 220 Itzer) montrent la présence de bactérides en nombre incalculable. A titre d'exemple, dans le sang du cœur, elles sont plus nombreuses que les hematies.

EXAMENS HISTOLOGIQUES pratiqués au Laboratoire Central d'Anatomie Pathologique (Dr. Garipuy).

Reins : pas d'altérations parenchymateuses ; congestion au niveau des veines, quelques raptus hemorragiques dans la corticale, dissociant et altérant secondairement les éléments épithéliaux. Très nombreuses B.C. dans les glomérules et dans le tissu interstitiel congestionné.

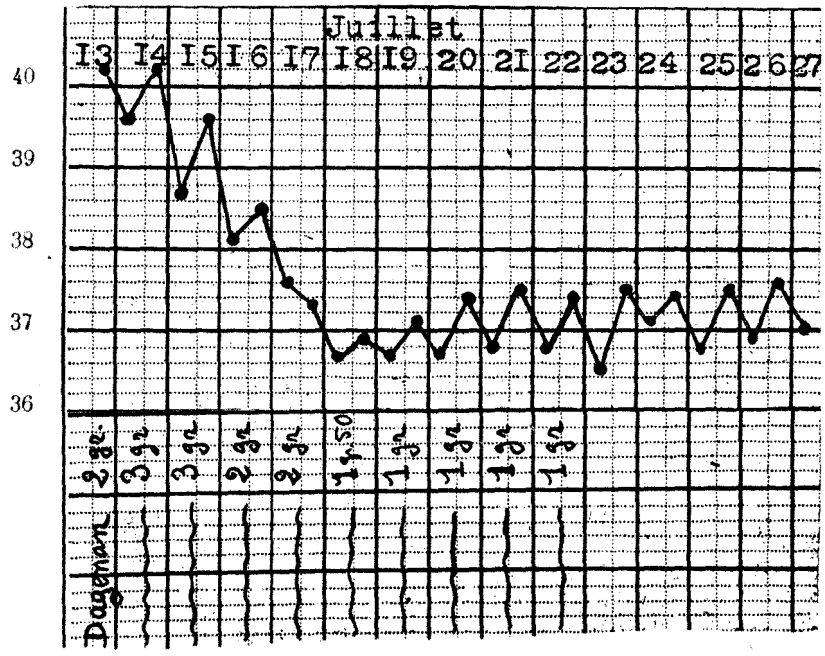
Rate : congestion intense de la pulpe rouge avec hemorragies ; pulpe blanche sensiblement normale. Extrême abondance de B.C. dans toute la rate avec prédominance nette au niveau des corpuscules de Malpighi.

Foie : légère congestion péri sus hépatique ; congestion portale. Très nombreuses B.C. dans les capillaires, le plus souvent libres dans la lumière, parfois accolées à l'endothelium ou exceptionnellement incluses dans les cellules de Kupffer.

Poumons : quelques foyers d'alveolite catarrhale ou purulente sans topographie précise. Lésions d'épaississement interstitiel importantes dues non seulement à un certain degré d'atelectasie mais surtout à une congestion des capillaires. Congestion des vaisseaux pulmonaires. Infiltrats lymphocytaires périvasculaires nombreux. Bronches peu altérées. Extrême abondance de B.C. dans les cloisons inter alvéolaires.

(Il est à noter que le cobaye a succombé au bout d'un temps supérieur à celui qui est enregistré d'habitude ; l'inoculation n'ayant pu être pratiquée le jour de l'entrée du malade à l'infirmerie, le prélèvement a été effectué alors qu'il avait déjà absorbé 3 gr. 50 de Dagenan et avait eu un pansement à la Dermoseptazine).

J'ignorais, en instituant un traitement sulfamidé, si cette thérapeutique avait déjà été mise en œuvre contre le Charbon, il fallait agir vite, je n'avais pas de sérum et, en aurais-je eu que j'en aurais certainement injecté, mais sans grand espoir, étant donné l'état du malade et le temps écoulé depuis le début des symptômes alarmants.



Chaque jour, de nouvelles observations viennent confirmer l'action rapide et énergique des sulfamidés contre d'autres infections, aussi, m'a-t-il semblé que cette thérapeutique pourrait aussi bien être active dans le cas présent.

M'étant renseigné depuis, je dois à l'obligeance des Laboratoires Spécia la documentation suivante :

Deux observations de G. CHANIAL (La Médecine du Travail N° 2 mars 1939), l'une de mai 1938, la seconde de janvier 1939, signalent les heureux résultats de la thérapeutique sulfamidée associée à la sérothérapie :

...dans ces deux observations, la nouvelle thérapeutique, c'est-à-dire l'emploi des sulfamidés dans le Charbon, n'a pas été instituée seule et nous n'avons pas cru devoir nous passer de la sérothérapie classique. Cependant, dans notre première observation, alors que la maladie avait déjà reçu des doses importantes de sérum, et que pourtant, les phénomènes généraux restaient graves, la T° à 39°, 40°, nous avons vu, dès le premier jour de l'emploi du Septoplix, une sédation brusque et remarquable de ces mêmes phénomènes généraux. Dès ce moment-là. la maladie a évolué sans fièvre et très rapidement vers la guérison. Dans notre deuxième observation, par l'association de la sérothérapie et du Dagénan, nous avons vu la pustule charbonneuse évoluer extrêmement vite vers la guérison et pratiquement guérir en 5 jours. Or, chez cette malade, la thérapeutique n'avait été entreprise que tardivement, 8 jours après l'apparition des premiers symptômes.

Ce même auteur relate également les résultats obtenus (travaux non encore publiés) par MM. MUNTEANU et ZELTZMAN, de l'Hôpital roumain de Christinaü :

...ayant traité 8 cas de Charbon, dont 5 cas particulièrement graves, par des injections de Soluseptazine associée à la Septazine par voie buccale, ils ont eu 8 guérisons dans un délai de 6 à 10 jours. Traitant également 8 malades par la sérothérapie classique, avec des doses importantes de serum, ils ont eu 3 décès et 5 guérisons en 24 ou 38 jours seulement. Les auteurs concluent de façon formelle à l'efficacité beaucoup plus rapide et intéressante des sulfamidés qu'ils ont employés seuls, à l'exclusion de la sérothérapie et qui leur donne une disparition, des phénomènes généraux en 3 ou 4 jours. Ils signalent que la sérothérapie, à doses massives, a, de plus, l'inconvénient d'être onéreuse, et donne souvent lieu à des accidents sériques importants.

Les observations de Charbon traité par les Sulfamidés, sans sérum, sont donc encore peu nombreuses à notre connaissance, mais les résultats obtenus sont encourageants. On comprend que des praticiens hésitent encore à employer les Sulfamidés sans injecter quand même du sérum, mais, à l'heure actuelle, il n'est pas de médecin de bled qui n'ait de Sulfamidés dans sa pharmacie, alors que le sérum anticharbonneux n'est pas d'un usage courant, ne se conserve pas indéfiniment et que seuls les médecins des villes peuvent s'en procurer rapidement ; aussi nous semble-t-il que, dès maintenant, on ne doive pas hésiter à instituer un traitement sulfamidé dès que le diagnostic de Charbon est établi.

UNE OBSERVATION DE PSEUDO-CANCER RECTAL D'ORIGINE AMIBIENNE

par MM. CROZES et CHEYROU-LAGREZE
Hôpital Mauchamp (Marrakech)

Djilali ben Mohamed, 45 ans environ, se présente le 11 avril à la consultation de l'Hôpital Mauchamp. Il se plaint de douleurs à type colique, très vives et s'accompagnant de ténesme et d'épreintes.

Il a continuellement besoin d'aller à la selle et a l'impression d'un bouchon intra-rectal qui gêne sa défécation.

Selles très nombreuses : 20 selles et plus, dit-il. Il s'agit d'évacuations glairo-sanguinolentes alternant avec des hémorragies relativement abondantes et répétées.

Il fait remonter le début de ses troubles à deux mois, environ. Mais en réalité le commencement de sa maladie semble dater de fort longtemps. C'est un ancien soldat qui fut soigné déjà au régiment pour dysenterie et depuis, a présenté des épisodes de constipation alternant avec des périodes de diarrhée.

Depuis deux mois le syndrome dysentériforme s'est installé et progressivement aggravé.

A l'examen : malade amaigri, au teint terreux, grisâtre. Son abdomen est ballonné, douloureux au palper d'une façon diffuse. Gargouillements dans la fosse iliaque droite. Foie normal. Rate non percutable. Présence de légers battements aortiques au dessus de l'ombilic.

Le toucher rectal, douloureux, permet de sentir à bout de doigt la face antéro-latérale droite du rectum déformée par une tumeur sessile, qui rétrécit la lumière intestinale. Tumeur assez dure, dont les contours paraissent réguliers, non bourgeonnant, du volume d'un œuf, légèrement mobilisable sur les plans profonds. Les tissus avoisinants ne semblent pas indurés. L'exploration fait un peu saigner.

Malgré la disproportion entre le volume de la tumeur et le manque d'extension périphérique, nous l'hospitalisons dans le service de chirurgie pour cancer probable du rectum.

Dans le service, on pratique une rectoscopie qui confirme les données du toucher rec-

MARQUE

R. A. L.

PRODUITS SPÉCIALISÉS DES ÉTABLISSEMENTS KUHLMANN

BINOXOL
Antiseptique gastro-intestinal
Antiparasitaire
Diarrhée des Tuberculeux
Oxyurose

BINIDIA
Antiseptique génito-urinaire local
Blennorragie

Dérivés
de
l'Oxyquinoléine

l'antiseptique
atoxique
qui stimule
la cellule
dans sa fonction
de défense

SUNOXOL
Antiseptique
Plaies et mycoses
Affections des muqueuses

SUNALCOL
Antiseptique cutané
Champs opératoires
Dermatomycoses

S. THIERY, Pharmacien 19, RUE FRANKLIN, PARIS-XVI[e]
S[te] COMMERCIALE : 15, RUE DE LA BAUME, PARIS-VIII[e]

Dépositaires : Coopérative Pharmaceutique Marocaine, rue Savorgnan de Brazza, Casablanca.
S. BAKRY, 1, rue Oudjari, Casablanca.

Bronchites

« Eliminé par les Bronches,
« le "Lacto-Créosote Famel"
« détermine un processus inflam-
« matoire simple, qui fait réagir cet
« organe contre le catarrhe chronique. »
FERRAND.

MATIN, MIDI et SOIR
une cuillerée à soupe de

SIROP FAMEL

Echantillons gratuits sur simple demande adressée à

P. FAMEL, Fabricant de Produits pharm., PARIS (20e), 20-22, rue des Orteaux

Agent général : M. ROGIER, B. P. 890, Casablanca

Les Vaccins "VIRULTRA"

ANTI-PYOGENE GENERAL	Injectable	Buvable	Pansements
ANTI-PYOGENE CHIRURGICAL	id.	—	id.
BRONCHO-VACCIN	Injectable	Buvable	—
DERMULTRA	—	Pommade Vaccin	—
ENTERULTRA	—	Buvable	—
GYNECOLOGIQUE	Injectable	—	Pansements
OPHTALMOLOGIQUE	—	Pansements	—
OTO-RHINO-LARYNGOLOGIQUE	Injectable	—	Pansements
URO-VACCIN	id.	Buvable	id.
ULTROVULES	—	Ovules vaccin	—

Laboratoires « **VIRULTRA** » à LAUNAY-SERQUIGNY (Eure). Ad. Télégr. : « **Virultra Serquigny** »
G. TAUPIN, Pharmacien de 1re Classe

Représentant-Dépositaire pour le Maroc : G MARSY, 20, Rue Nationale - CASABLANCA
Téléphone : 62-13

DÉMINÉRALISATION - DÉPRESSION NERVEUSE - CONVALESCENCE

GRANULÉS

RENFERMENT TOUS LES MINÉRAUX EXIGÉS PAR L'ORGANISME

FLUODYLE

Le "Fluor" est l'élément fixateur du phosphore pour la constitution du noyau cellulaire.
Prof A. Gauthier

AMPOULES

2 c.c.
FLUOR
MANGANÈSE
CACODYLATE
STRYCHNINE

Littérature & échantillons : Ets SABATIER - A. EMPTOZ Pharmacien 10, R. Pierre Ducreux . PARIS (16e)

AÉROCID

AIR TUE

nouveau traitement DE L'AÉROPHAGIE PAR L'OPOTHÉRAPIE

un cachet ou deux comprimés au lever et au coucher

LABORATOIRE DE L'AÉROCID, 71, RUE SAINTE-ANNE, PARIS

Littérature et Echantillon sur demande au représentant :
M. Pélissard, 5, bd de Londres - Casablanca

tal concernant le siège, le volume, les contours et la base de la tumeur, et qui précise l'état de la muqueuse. Celle-ci est rouge, enflammée dans son ensemble, avec, par places, des dépôts blanchâtres, adhérents.

Un premier examen de selles montre : sang, pus, pas de kystes amibiens, ni de parasites. Malgré ce premier résultat négatif, devant l'importance du syndrome dysentérique, de ses antécédents et surtout en raison de l'aspect de la muqueuse rectale, on demande un nouvel examen de selles après purgatif salin (sulfate de soude). La réponse est la suivante :

Présence de petites amibes non hématophages (vraisemblablement Entamœba minuta). Présence de kystes amibiens.

Le Bordet-Wassermann et le Hecht sont négatifs.

Le traitement anti-amibien est intensifié avec séries d'émétine et de stovarsol alternées. Pansements intestinaux bismuthés et belladonnés. L'amélioration est nette et rapide.

Un nouvel examen rectoscopique, moins d'un mois après, montre que la tumeur intra-rectale a considérablement diminuée de volume.

Le 23 mai, la rectoscopie montre que la muqueuse rectale est partout redevenue normale. Il n'existe qu'une minime ulcération, sans aucune profondeur de 2 mm. sur 1 mm. environ.

La rapidité de disparition de ce pseudo-cancer amibien indique que les lésions anatomiques n'étaient pas celles que l'on aurait supposé à un premier examen. Nous regrettons de n'avoir pas eu un examen histologique de cette néo-formation. Il est vraisemblable qu'il se rapprocherait de celui de la polypose rectale dont nous donnons ci-dessous le compte rendu. (Forte infiltration inflammatoire avec hyperplasie de la muqueuse).

Cette observation nous paraît intéressante à deux points de vue. C'est un cas rare dont le diagnostic pose la question des rapports entre l'amibiase et le cancer. Nous avons cru au début qu'il s'agissait d'un cancer du rectum associé à une amibiase. Le fait a été signalé à plusieurs reprises. Moutier et Brousse (1) ont rapporté l'observation d'un homme de 60 ans, résidant en Tunisie qui contracte une dysenterie affirmée par le laboratoire. Le traitement anti-amibien donne 8 à 10 mois de guérison apparente. Mais les accidents réapparurent. Cette fois le traitement médical ne donne pas le résultat espéré et la rectoscopie montre un néoplasme avancé du rectum.

Les observations de Bensaude et Cain, (2) de Roux et Savignac (3) sont du même ordre.

Chez notre malade, le succès, bien inespéré du traitement émétinien et arsénical prouve qu'il s'agissait en réalité d'un pseudo-cancer d'origine amibienne.

Il est assez fréquent de trouver à l'examen clinique d'un ancien dysentérique, une infiltration interstitielle de la paroi rectale et même des proliférations adénomateuses pouvant aboutir à de véritables polypes. Nous avions récemment dans le service un jeune enfant de 13 ans, Allal ben Hadj, qui présentait de multiples petits polypes rectaux associés à un prolapsus.

A l'intervention, faite au bistouri diathermique, le déroulement de la muqueuse rectale, sur 15 centimètres de long environ, permit d'avoir sous les yeux, de nombreuses ulcérations arrondies, de nombreux polypes, et montra que trois polypes prenaient naissance sur le rebord de trois ulcérations.

L'examen anatomo-pathologique donna le résultat suivant : « Hyperplasie de la muqueuse, avec, à la base des formations glandulaires, de nombreuses amibes enkystées dans les parois. On en trouve également dans la sous-muqueuse et les formations lymphoïdes. Forte infiltration inflammatoire ».

Mais ce qui est beaucoup plus rare, c'est que des lésions anatomiques d'amibiase recto-sigmoïdienne puissent simuler un cancer du rectum.

Guichard et Paponnet (4), Timbal (5), Alban-Giraud et Marina (6), et tout récemment Bocca en ont rapporté des observations. Il faut cependant y penser.

De tels faits doivent être recherchés au Maroc, terre d'endémie amibienne. Pour les dépister, il faut recourir au toucher rectal, voire même à la rectoscopie si cela est possible. Un traitement d'épreuve pourra éviter au malade une mutilation inutile et de pénibles souffrances.

BIBLIOGRAPHIE

(1) Dysenterie amibienne et Cancer du rectum Presse Thermale et Climatique, Paris 1924.

(2) Dysenterie amibienne et Cancer du rectum Société de Gastro-Entérologie de Paris, 10 Janvier 1927.

(3) Archives des maladies de l'appareil digestif n° 2, Février 1927.

(4) Pseudo-cancer sigmoïdien d'origine amibienne
Archives des maladies de l'appareil digestif Mai 1935.

(5) Pseudo-cancer sigmoïdien d'origine amibienne.
Archives des maladies de l'appareil digestif, Novembre 1937.

(6) Amibiase et Cancer recto-sigmoïdien.
Archives des maladies de l'appareil digestif, Avril 1938.

(7) Forme Pseudo-Cancéreuse d'Amibiase recto-sigmoïdienne.

ABCÈS AMIBIEN HÉPATIQUE A FISTULISATION BRONCHIQUE ET CUTANÉE

par MM. ESCALLE et LALLU
(Hôpital Cocard, Fès).

Le malade que nous présentons (1) est un cuiseur de porcelaine de Fès, de 30 ans environ, venu à la consultation de l'Hôpital Cocard, en raison d'une toux rebelle remontant à trois mois, toux s'accompagnant d'hémoptysie et de crises paroxystiques d'étouffement, de type asthmatique. C'est d'ailleurs au cours d'une de ces crises qu'il se représente. Nous décidons son hospitalisation dans le service de médecine.

Le lendemain, le malade étant beaucoup plus calme, il nous est possible de l'interroger ; voici comment il nous raconte sa maladie :

Il y a un an et demi environ, il a, dit-il, perdu progressivement son bon appétit et a eu quelques poussées de température. Ne souffrant nulle part, il n'a pas cru devoir consulter le médecin et s'est contenté de quelques médicaments à bon marché, d'une efficacité douteuse. Cette anorexie n'était pas élective. Tous les aliments lui étaient indifférents. En outre, tous les matins, le malade se réveillait avec des nausées, symptômes qui, affirme-t-il, disparaissaient après une sérieuse pipée de kif. Malgré cela, l'affection n'a fait que progresser, et, il y a quatre mois environ, le malade vit apparaître une tumeur sus-ombilicale droite à croissance rapide. En même temps des douleurs violentes intéressant tout le côté droit, obligèrent le malade à s'aliter définitivement. Et cette dramatique situation allait encore se compliquer quand, un soir il fut pris d'une toux violente, étouffante, accompagnée, dit-il, de rejet d'une grande quantité de pus et de sang. La tumeur sous-ombilicale droite continua à grossir rapidement et, il y a trois mois, elle se rompit, laissant écouler un pus très abondant de couleur chocolat. A la suite de cette rupture, la situation s'améliora considérablement, et seule persista une toux avec crachement de sang : c'est cette toux irréductible qui a motivé la consultation.

En dehors de cet épisode pathologique, le malade affirme n'avoir jamais eu de malaise sérieux. En particulier, il n'a jamais eu de dysenterie sanglante.

Nous sommes en présence d'un malade de constitution plutôt faible. Assis sur son lit il a un faciès émacié et jaunâtre. Les muqueuses sont décolorées, les conjonctives subictériques. D'un geste las et plein de résignation, il nous tend son crachoir, à moitié rempli *d'une expectoration hémoptoïque*. Il a 25 respiratons par minute, son pouls est à 80, régulier, sa température rectale à 37,5. Ses urines sont hautes en couleurs ; leur volume, est de 500 grammes depuis l'entrée à l'Hôpital (20 heures environ). Elles ne contiennent ni sucre, ni albumine, ni pigments biliaires.

L'examen du cœur ne décèle rien d'anormal. La pointe bat dans le 5e espace intercostal, son choc est normal, sans vibrance ni frémissement. A l'auscultation, rien d'anormal non plus.

T.A. Vaquez 13-6.

L'examen du poumon gauche ne relève rien d'anormal, ni à l'inspection, ni à la palpation, ni à la percussion. A l'auscultation, la respiration de la moitié supérieure du poumon droit est sufflante. A la moitié inférieure on note des signes de condensation à la palpation et à la percussion ; l'auscultation permet d'entendre dans toute cette région, des râles sous-crépitants fins. L'examen radiologique pulmonaire demandé à ce moment a donné le résultat suivant (Dr Mansouri) ;

« Clarté normale des plages pulmonaires, sauf à la base droite où on remarque un foyer d'ombre peu dense à contours vaguement sphériques, se prolongeant vers le hile, par des traînées broncho-vasculaires. Les sinus interne et externe sont libres, mais on remarque une légère diminution de l'amplitude diaphragmatique du côté droit. De ce côté, la coupole présente une légère voussure. Le foie ne paraît pas hypertrophié ».

Le foie déborde de trois travers de doigt le rebord des fausses côtes. Il est lisse, de consistance normale, légèrement douloureux à la pression, douleur qui s'accentue en allant vers l'extérieur.

(1) Com. faite à la Réunion Médicale de Fez.

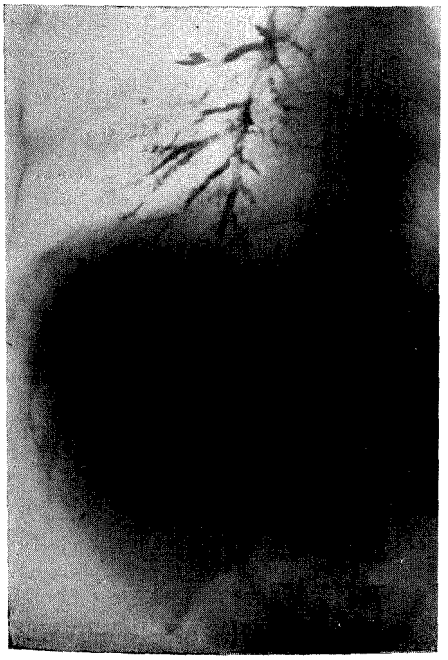
La rate est percutable sur deux travers de doigt, mais non palpable.

L'abdomen est parfaitement souple, il n'est pas douloureux, pas ballonné, et ne contient pas d'ascite.

A la paroi abdominale, on note une fistule siégeant à 1 cm. de la ligne médiane, a mi-distance de la xyphoïde et de l'ombilic. Elle est punctiforme, ses bords sont rétractés, avec plis cutanés radiés. Elle donne issue à une gouttelette de pus ; elle ne nécessite pas de pansement, mais est réveillée par les accès de toux.

Au cathétérisme, elle a un trajet oblique, d'avant en arrière, de dehors en dedans et de haut en bas. En profondeur, elle admet une sonde de 15 cm. de long. Quand on fait asseoir le malade, la fistule suit les mouvements verticaux du grand droit dans sa gaine, ce qui montre les rapports intimes du trajet avec ce muscle.

Du lipiodol est injecté dans le trajet pour un examen radiologique : (Dr Mansouri). « Un cliché est pris immédiatement en décubitus abdominal et on s'aperçoit que le lipiodol a envahi par l'intermédiaire du foie



l'arbre bronchique de la base droite jusqu'à le bifurcation.

Sur ce cliché, on remarque que le foyer d'ombre signalé sur le premier cliché est nettement visible, présentant un contour sphérique dans lequel aucune image cavitaire n'est décelée. Au niveau de ce foyer les ramifications bronchiques se dessinent finement. Il n'existe aucune connexion entre ce foyer pulmonaire et l'abcès amibien du foie, par la coupole diaphramatique ».

Un deuxième cliché en position debout, nous montre qu'au niveau de ce foyer de la base, on constate une légère dilatation bronchique sous forme de petites ampoules ; donc il ne s'agit pas à proprement parler d'un véritable abcès pulmonaire, mais d'un foyer de pneumopathie secondaire à une infection bronchique.

En résumé, nous sommes donc en présence d'un abcès du foie fistulisé d'un côté à la paroi, d'un autre aux bronches, sans que la plèvre ait été envahie, les sinus étant libres des deux côtés. »

Le foyer de la base, est indépendant de l'abcès hépatique et est une réaction du parenchyme pulmonaire à la suite d'une infection de l'arbre bronchique.

EXAMENS DE LABORATOIRE

(Docteur FLYE-SAINTE-MARIE)

a) *Examens des crachats :* Recherche des amibes = positive. Recherche B. K. = négative.

b) *Examen du pus de la fistule :* Recherche des amibes = positive.

c) *Examen des selles :* Recherche des amibes = positive.

d) *Examen du sang :*

Examen sérologique : réaction de Wassermann = négatif.

Numération globulaire : hémoglobine = 55 %
globules rouges = 2.520.000
globules blancs = 13.600.
valeur globulaire = 0,98.

Formule leucocytaire :

Polynucléaires neutrophiles	74,5 %
Polynucléaires éosinophiles	1,5 %
Polynucléaires basophiles	0,5 %
Mononucléaires multilobés	2,5 %
Grands mononucléaires	0,5 %
Moyens mononucléaires	11 %
Lymphocytes	9 %
Erythroblastes	0,5 %

Discussion

Nous sommes donc en présence d'un malade qui a :

1) *Un abcès amibien du foie fistulisé à la paroi et ouvert dans les bronches.*

2) *Un foyer pulmonaire secondaire, probablement, à l'infection de l'arbre bronchique par les amibes venant de l'abcès hépatique.*

I. — L'ABCÈS AMIBIEN DU FOIE

Il semble que nous ayons affaire à un abbès subaigu amibien du foie qui a été pré-

cédé d'une longue période d'hépatite amibienne simple. Dans cette histoire amibienne, il n'y a pas eu, semble-t-il d'épisode intestinal.

La fistulisation de la poche hépatique à la paroi, a-t-elle été directe, ou s'est-elle produite en deux temps, tout d'abord dans la gaine du droit et ensuite de la gaine à la peau. La radiologie ne permet pas d'affirmer cette hypothèse.

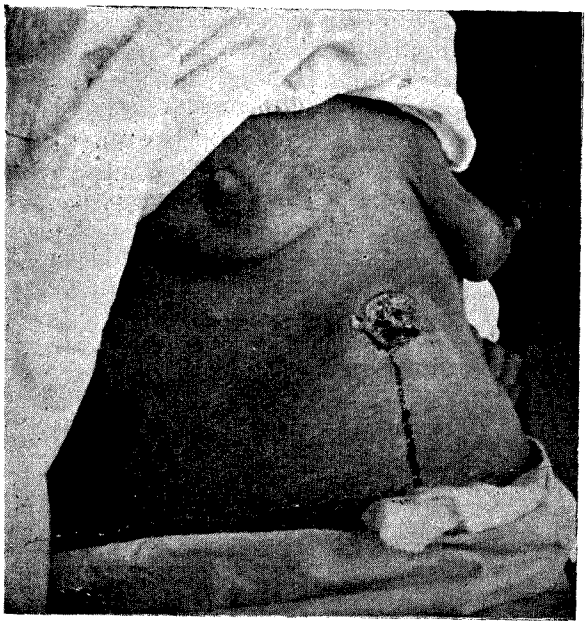


Fig. 2. — Fistule amibienne cutanée surinfectée guérie spontanément par la cure émétinienne (observ. du Dr Flye-Ste-Marie).

Mais l'expérience des cas observés en médecine indigène de façon assez fréquente, l'exemple du cas présenté dans une séance antérieure par MM. Gorsse et Accart, nous font préférer cette deuxième éventualité. Notons en passant que les lésions cutanées au voisinage de la fistule sont sans importance: il n'y a pas de processus gangreneux amibien cutané comme on en observe parfois, ou tout au moins des réactions amibiennes cutanées comme le montre la fig. 2, due à M. le Médecin-Chef de l'Hôpital, le Dr Flye Sainte-Marie. La communication de l'abcès hépatique avec les bronches est très nette sur la radiographie. Cette communication s'est établie au moment où le malade a été pris de toux violente suivie de vomique. Elle est donc antérieure à la fistulisation à la paroi et n'a pas suffi, à elle seule, à vider le contenu de l'abcès.

Notons en passant que le malade n'a jamais eu d'émétine ; la migration vers les bronches n'est pas forcément déterminée par l'émétinothérapie (Lemière et Barnard, Hallé, Mollaret).

Insistons cependant sur l'état hémoptoïque chronique après vomique qui s'est institué et pour lequel le malade est venu consulter. Ce malade serait à rapprocher d'un cas cité par Chauffard où un état hémoptoïque chronique après vomique était également apparu.

II. — Foyer pulmonaire

S'agit-il d'un foyer pulmonaire indépendant de l'abcès hépatique secondaire à lui et dû comme lui à des lésions amibiennes ? Sommes-nous, en définitive, en présence d'un foyer pulmonaire métastatique à l'abcès du foie ! Nous le croyons et l'examen radiologique semble le confirmer. Il faudrait alors envisager l'hypothèse de l'abcès pulmonaire en voie de formation, abcès qui ne serait actuellement *qu'à un stade de dilatation bronchique amibienne.* En tout cas, l'évolution ultérieure nous apportera certainement des précisions.

II. — Traitement

Médical : Le traitement médical a été immédiatement institué sous forme de 10 injections d'émétine à 0,08.

Stovarsol à 0,25 — 3 comprimés pendant 6 jours.

Injection d'émétine dans le trajet fistuleux et la cavité de l'abcès hépatique. Malgré la surinfection probable, ce traitement a eu pour résultat d'amener la fermeture du trajet de la fistule : nous savons qu'il en est souvent ainsi lorsque l'abcès se draine bien.

Chirurgical : Par contre, il semble bien qu'en présence de trajets complexes avec collections étagées, le drainage mécanique s'impose. La fistulisation spontanée à la paroi ne suffit pas le plus souvent, elle se produit rarement au point déclive, elle est trop étroite et n'offre plus qu'une issue insuffisante. L'hépatostomie dans la cavité de l'abcès peut seule assurer un drainage suffisant de la collection hépatique comme de la collection pulmonaire. La broncho-aspiration contribuerait utilement a assécher et cicatriser cette dernière, mais elle serait inopérante sans hépatostomie de drainage préalable.

VALS SOURCE LA REINE

Ses principales indications

ARTHRITISME

DIABÈTE

DYSPEPSIE

GASTRO-ENTÉRITES

(Enfants
et Adultes)

Sa fraicheur agréable, son exquise sapidité et sa gazéification modérée la recommandent, en outre, comme

Eau de table

Son emploi même prolongé ne peut présenter

aucun inconvénient

VALS SOURCE LA REINE

La **Reine de Vals** se trouve chez tous les marchands d'eaux minérales et dans toutes les pharmacies. On peut s'adresser directement à l'Administrateur-Délégué de la Société, **La Reine de Vals,** à Vals-les-Bains (Ardèche).

Reminéralisation Intégrale

OPOCALCIUM

Du Docteur Guersant

IRRADIÉ avec **VITAMINE D pure cristallisée**
Parathyroïde - extrait - titré en Unités Collip,
cachets **en tubes d'aluminium** émaillé
comprimés dragéifiés, granulé stabilisé

SIMPLE comprimés dragéifiés, granulé stabilisé
cachets **en tubes d'aluminium** émaillé

Gaïacolé : cachets d°

Arsenié : cachets d°

A. RANSON
Docteur en pharmacie
96, Rue Orfila, 96
PARIS (XXe)

Littératures et Echantillons : P. RAMOND, B. P. 127, Rabat téléph. 37-81

SYNDROME ABDOMINAL AIGU POST-TRAUMATIQUE

par MM. DUBOUREAU et MICHARD
(Hôpital Militaire de Casablanca)

Le 5 novembre 1938, à 22 heures, entrait dans le Service le marin P... souffrant de l'abdomen.

Incorporé depuis 2 mois, on ne relevait dans ses antécédents que de nombreux accès palustres.

Le même jour, vers 17 heures, étant gardien de but, au cours d'une partie de football, il avait reçu un coup de pied dans la région thoracique inférieure gauche par l'intermédiaire du ballon sur lequel il était couché.

Il n'avait pas perdu connaissance, mais depuis, il souffrait au niveau de l'abdomen de façon diffuse et avec irradiation scapulaire gauche.

Quoique pâle, il avait un bon état général ; son pouls battait 62 fois par minute, régulièrement. Sa température rectale était de 37°.

Son abdomen n'était pas ballonné ; la pression en était douloureuse, réveillant un certain degré de défense généralisée, mais il n'existait aucune zone de contracture ou même de défense vraie. L'abdomen respirait normalement.

La rate était normalement percutable, non palpable.

Il n'existait aucun signe de fracture de côte.

Si l'interrogatoire faisait dire éclatement de la rate vraisemblable, l'examen ne venait nullement confirmer cette hypothèse et deux solutions se présentaient : l'une de facilité : faire une laparotomie médiane et regarder si, par hasard, existait une lésion d'un organe intra-abdominal ; l'autre plus clinique : l'expectative armée — à elle allait notre préférence.

Le 6 novembre 1938, à 8 heures, nous revoyons le malade qui avait passé une assez mauvaise nuit, accusait les mêmes symptômes auxquels s'ajoutait un ballonnement assez marqué. L'abdomen respirait moins bien.

La tension artérielle, prise au sphygmomanomètre de Pachon, était de 13 1/2 - 9, avec indice oscillométrique maximum à 11, de 5 divisions (de 5 à 10).

Le pouls battait 64 fois par minute, il était ample, régulier, mais dicrote.

Le malade n'ayant pas uriné depuis l'accident, on se résout à le sonder au cours de la matinée, ramenant un plein urinal d'urines claires, non sanglantes.

A la fin de la matinée, on observe un accroissement très marqué du météorisme abdominal et on note de la sonorité pré-hépatique ; le pouls et la tension artérielle n'ont pas varié, mais le malade est plus agité. Il n'a pas émis de gaz : l'intervention est alors décidée.

Sous anesthésie générale à l'éther, après laparotomie médiane sous-ombilicale, nous arrivons sur un intestin d'aspect normal mais uniformément dilaté et ayant tendance à s'extérioriser, puis, alors qu'on dégage la région splénique pour en pratiquer l'examen, une vague de sang noir, poisseux, nous conduit à enlever rapidement une rate dont le volume est le double du volume normal et qui présente, en plus de petites fissures, un éclatement qui la divise à peu près en deux dans le sens de la longueur.

On lie aisément le pédicule et referme la paroi.

Le malade est maintenu dans son lit, la tête basse, pendant 24 heures.

Le 6 novembre 1938, à 18 heures, son pouls bat 81 fois par minute ; sa tension est de 13 1/2 - 8 au Pachon, avec indice oscillométrique maximum de 4 1/2 à 11 (oscillations entre 5 et 9 1/2).

Les suites opératoires ont été banales et le blessé sortait en parfaite santé un mois après son accident.

Il nous a paru intéressant de voir les répercussions de cette splénectomie sur la formule sanguine de ce malade.

15 jours après l'intervention, son taux d'hémoglobine était de 90 % ; il avait 4.880.000 hématies et 5.800 leucocytes ainsi répartis sur 100 :

Polynucléaires	Neutrophiles	51
	Eosinophiles	2
	Basophiles	2
Lymphocytes et moyens mononucléaires		41
Grands mononucléaires et monocytes		4

En résumé, il s'agissait d'un jeune blessé qui, ayant reçu un coup violent sur la région thoraco-abdominale gauche, a présenté quelques heures après une douleur scapulaire gauche, sans signe d'anémie aigüe et en particulier sans accélération du pouls, ni chute de la tension artérielle ou diminution de l'indice oscillométrique, à laquelle est venu s'ajouter un météorisme abdominal de plus en plus important qui, éveillant en nous l'idée d'une lésion intestinale, nous a fait intervenir.

Et pourtant, l'intestin était intact mais la rate était éclatée !

Pratiquement, ce diagnostic ne pouvait être posé de façon ferme et nous nous sommes mêmes demandés si cette distension intestinale aigüe n'était pas une réaction de défense tendant, par compression de la rate, à juguler l'hémorragie.

PÉRITONITE ENCAPSULANTE

par P. GORSSE et R. ACCART
Hôpital Auvert, Fès (1)

Le nommé L... Pierre, âgé de 22 ans, a été hospitalisé le 8 février 1939 pour « Syndrome d'occlusion subaiguë » ; il raconte l'histoire suivante : Issu d'une famille de cinq enfants, tous en bonne santé actuellement, il a toujours vécu au Maroc. Il n'a jamais été atteint d'affection grave jusqu'à 1933. Il est alors soigné à l'hôpital « Louis » de Meknès, pour une « Pericardite ». Guéri au bout de trois mois, il n'a jamais présenté, dit-il, de manifestations douloureuses cardiaques, ni de troubles fonctionnels (essoufflements, par exemple). Engagé en 1935, il a accompli son service régulièrement ne présentant comme maladie, qu'une furonculose et quelques plaies banales. En mai 1938, il est envoyé à Tindouf, et c'est à cette époque que semble remonter l'affection actuelle.

Il est pris de temps à autre, brusquement, d'une douleur abdominale vive dont le maximum d'acuité est para-ombilical gauche, parfois elle est accompagnée d'un léger étourdissement qui le force à s'arrêter ; la sédation est brusque. Ces crises « douloureuses » selon la propre expression du malade, ont une durée d'une minute environ, et n'ont jamais été accompagnées de vomissements. Par contre la constipation habituelle du sujet semble alors exacerbée ; il note même une fois une sensation de glouglou à la fin de la crise. L'apparition de ces douleurs n'est pas systématisée ; elle se produit aussi bien de jour que de nuit, où elle réveille alors le malade. Une seule fois, dit-il, la durée a été assez longue pour qu'il ait demandé à se reposer un après-midi. Craignant une dysenterie, malgré l'absence du syndrôme majeur de l'affection, le Chef de Poste le soigne avec de la belladone — du bismuth — et de l'opium. Après une action calmante, cette thérapeutique n'empêche pas les rechutes douloureuses.

En octobre 1938, le malade vient à Marrakech, puis à Fès en décembre ; durant ce laps de temps il n'a rien remarqué d'anormal. Dans la nuit du 6 au 7 février, à 3 heures du matin, le malade est réveillé par une vive douleur para-ombilicale gauche, qui lui donne une empression de tenesme, pourtant il ne peut s'exonérer ; à peine recouché il a un vomissement très abondant qui le soulage immédiatement et lui permet de se rendormir. Le 7 février, il se lève avec une sensation d'endolorissement de la région ombilicale qui le force à accomplir son service à demi courbé. Il a un nouveau vomissement très abondant.

Le 8 février il continue à souffrir de la même région, et sa douleur le fait se présenter à la visite ; de là il est hospitalisé immédiatement. A l'entrée à l'hôpital, on constate un syndrôme caractérisé par une douleur abdominale para-ombilicale gauche, extrêmement vive en-dessous de l'ombilic. Un arrêt des gaz et des matières depuis deux jours. Deux vomissements survenus la veille et l'avant-veille. La palpation, malgré une sensibilité pariétale diffuse, permet de fixer sur le bord gauche du grand droit gauche à deux travers de doigts en-dessous de l'ombilic, le maximum de la douleur ; le ventre respire assez bien, mais il est rétracté en bateau. En faisant asseoir le malade, on constate que les efforts de redressement sont douloureux. Langue saburrale, pas de nausées, examen général par ailleurs négatif, température 38° 2, pouls 100. Le syndrôme d'occlusion basse semble cliniquement net ; toutefois on demande pour le confirmer un examen radiologique d'urgence.

EXAMEN RADIOLOGIQUE

(Médecin-Capitaine Martin)

SANS PRÉPARATION, on note une dilatation assez considérable du colon, à partir de l'angle splénique jusqu'au sigmoïde, dont les anses présentent une hyper-clarté. La palpation de cette région sous écran est presque électivement douloureuse.

Lavement baryté. — Le lavement baryté dessine une ampoule rectale radiologiquement normale, un sigmoïde décrivant une boucle à concavité antéro-postérieure.

On note un arrêt brusque de la bouillie à l'union du sigmoïde et du descendant. Ce n'est qu'au bout de quelques minutes et sous une certaine pression que la bouillie filtrant à travers un espace rétréci pénètre dans le descendant qu'elle remplit correctement et qui présente de nombreuses insisures marquées.

A noter une boucle à l'angle splénique.

CONCLUSIONS

Aspect radiologique de subocclusion à l'union du sigmoïde et du descendant (pincement par brides probables).

On décide donc d'intervenir immédiatement.

INTERVENTION

(Anesthésie générale - Ether)

Laparatomie médiane sous-ombilicale. — Dès l'ouverture du péritoire, on est frappé par la présence d'une formation membraneuse, d'épaisseur différente suivant les régions, qui, accolée au péritoire, est néanmoins facilement clivable. Elle fait paraître la masse intestinale comme contenue dans un deuxième sac. Cette membrane est renforcée, par endroit, par des cordons fibreux d'aspect nacré, durs et tendus

(1) Communication à la Soc. de Méd. de Fès. Mars 1939.

Un nouveau Progrès dans la Chimiothérapie Sulfamidée

DAGENAN

α (p-amino-phényl-sulfamido) **pyridine**
CORPS 693

TOXICITÉ MINIME
ACTIVITÉ POLYVALENTE

s'exerçant principalement sur

PNEUMOCOQUE

dans la pneumonie mortalité diminuée des 2/3

GONOCOQUE

MENINGOCOQUE

STAPHYLOCOQUE

COMPRIMÉS à 0 g. 50

Dose moyenne chez l'adulte pour les premiers jours : 3 grammes

LITTERATURE ET ECHANTILLONS SUR DEMANDE

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
Marques "POULENC FRÈRES" et "USINES DU RHONE"
SPECIA
21, RUE JEAN-GOUJON — PARIS (8e) —

Traitement de la SYPHILIS

Muthanol

Hydroxyde de bismuth raditère

Ampoules - suppositoires

Traitement de la tuberculose à évolution lente et à lésion limitée

Triradol

Iode-organique, menthol, camphre et éléments radioactifs

Ampoules - capsules

Essai de traitement et prophylaxie du cancer

Néolyse

A base de sels silico-magnésiens

Cachets - Ampoules - Compresses
Ampoules radioactives

Traitement des **dépressions nerveuses, neurasthénie, convalescences** etc.

Visco-Sérum

Potassium, calcium, sodium et noyau phosphoré

Ampoules injectables de 5 cc.
Ampoules buvables de 3 cc.

Traitement du Psoriasis et des Parakératoses psoriasiformes

Psothanol

Composé arséno bismuthique

Ampoules pour injections intraveineuses
Ampoules pour injections intramusculaires

Laboratoires FERME, 22, Rue de Turin VIII^e^ - Adr. tél. DEMARODI - Paris

Pour le Maroc ; Simon BAKRY, 3, Rue Oudjari - Casablanca

sous le doigt, de l'apparence et de l'épaisseur d'une bande colique. Au premier abord on a eu même l'impression que le colon était adhérent au plan pariétal antérieur.

L'ouverture, aux doigts et aux ciseaux, de cette formation avasculaire fait apparaître des anses grêles accolées les unes aux autres, certaines dilatées, d'autres aplaties. Ses adhérences se font par des brides solides, nacrées, extrêmement tendues, semblant provenir de la profondeur, pour la plupart. D'autres paraissent des émanations de la coque précédemment décrite. On libère petit à petit les anses grêles au fur et à mesure qu'elles se présentent ; on peut ainsi explorer le petit bassin ; celui-ci est obturé par un voile d'aspect porcelainique, épais, composé à certains endroits de plusieurs feuillets tendus du plan pariétal antérieur, vers la profondeur où il s'enfonce parmi les anses intestinales.

Cette lame présente des failles à arêtes vives; dans l'une d'elles au niveau de la partie supérieure de la fosse iliaque interne gauche, est venu s'étrangler le gros intestin, à l'union du sigmoïde et du colon descendant. Seulement cette striction s'est produite sur l'une de ces faces, il s'agit d'un pincement latéral. On le dégage aux ciseaux. Le pli de pincement apparaît comme une arête épaisse d'un doigt, perpendiculaire à la lumière colique, de consistance cartilagineuse, mais d'aspect seulement un peu hémorragique. Il n'existe aucune lésion de sphacèle et les gaz passent immédiatement après sa libération. En continuant l'exploration, on constate que les anses grêles et leur mésentère sont recouverts d'un voile nacré, relativement épais, clivable, du péritoine viscéral : les anses entourées de leur péritoine font hernie, à travers le voile membraneux. Dès son incision, le recouvrement porcelainé du mésentère est renforcé par endroit, par des épaississements saillants, nacrés, fibreux, tendus en étoile, que l'on prendrait pour de la mésentérite. On poursuit la libération de toutes ces brides avasculaires et on constate qu'elles prédominent nettement dans le pelvis et la portion gauche de l'hypogastre. Fermeture de la paroi en trois plans. Adréphédrine, péristaline, sérum hypertonique intra-veineux. Proctolyse de Murphy.

SUITES OPERATOIRES :

Le lendemain, le malade semble encore assez fatigué, la température est à 37°7. On pratique des injections de sérum hypertonique, (60 cc.) de l'huile camphrée et on continue un goutte à goutte rectal glucosé.

Le malade n'évacue pas de matieres, mais a des gaz spontanément. Le 10 février, état général peu satisfaisant. Température à 38°3 ; le malade tousse et se plaint à chaque quinte, de douleur à la cicatrice. Pas d'évacuation intestinale, malgré une injection de péristaltine et 60 cc. de sérum hypertonique. Lavement qui ramène de la bouillie barytée en faible quantité.

Le 11 février l'état général est bien meilleur, un lavement profond à l'huile d'olive évacue une grosse quantité de bouillie barytée

Les trois jours suivants, le malade continue à avoir des gaz, mais on est obligé de le lavementer pour obtenir une évacuation intestinale.

Persistance de la toux et de signes diffus de bronchite. Le 15 février une très légère dose d'huile de ricin amène une débâcle intestinale vraie. Etat général parfait, mais la cicatrice s'est légèrement désunie à la faveur des secousses de la toux.

Depuis le 16 février, selles spontanées, amélioration continuelle de l'état général, disparition de signes de bronchite.

Revu le 15 mai : excellent état général ; selles normales ; disparition des douleurs abdominales.

DISCUSSION

Devant nos constatations opératoires, nous avons porté le diagnostic de Péritonite encapsulante.

En effet, au-delà du péritoine pariétal, dont il était facilement clivable, nous avons trouvé un sac de faible épaisseur, avec des renforcements en tractus épais paraissant à l'intérieur de ce sac, mais en réalité dans sa continuité. La masse intestinale de la fosse iliaque gauche était enrobée dans un voile membraneux, porcelainé, non adhérant au péritoine viscéral. Dans une faille d'une lame épaisse fermant en quelque sorte le sac pariétal vers la pelvis, existait un pincement latéral du sigmoïde. En somme, nous avons trouvé, réalisé dans la fosse iliaque gauche, la figure du mémoire de Willmoth et Patel (*Journal de Chirurgie*, mars 1931).

Sans doute notre recouvrement n'est pas uniforme et ne présentait pas partout cet aspect glacé devenu classique. Mais les observations et les discussions depuis 1931, ont attiré l'attention sur la variation de l'aspect de la péritonite encapsulante.

Tout récemment Leibovici et Yovanovitch ne retiennent comme critère anatomique de l'affection que « *l'existence d'un sac englobant la totalité ou une partie de l'intestin* ». Nous croyons donc justifié notre diagnostic.

Deux points méritent d'être soulignés :

1° Le syndrôme clinique présenté par le sujet ;

2° la notion étiologique tuberculeuse probable de l'affection.

1° *Cliniquement :*

Notre sujet présentait un syndrôme d'occlusion aigu à localisation basse aux manifestations peu dramatiques (douleurs vives permettant d'accomplir son service, deux vomissements en deux jours, arrêt des matières et des gaz). — Pouls à : 100 — Température: 38°5. L'examen radiologique nous montre même que seul est en cause un rétrécissement partiel de la lumière colique ; sous la pression, la bouillie barytée franchit la striction. L'intervention n'est pourtant pas différée.

Un double étonnement chirurgical nous est réservé ; le pincement latéral du sigmoïde

dans la faille d'une lame de péritonite encapsulante. Si ce mécanisme est fréquent dans les hernies ombilicales ou crurales, il est de constatation rare dans la cavité abdominale. De plus dans les occlusions aiguës de la péritonite encapsulante, c'est presque toujours sur le grêle qu'agit la striction.

Notons que *nous avons pas décortiqué systématiquement* l'intestin, mais l'obstacle levé, nous avons incisé la membrane capsulante, uniquement dans un but d'exploration et de mobilisation des anses agglutinées sans chercher à l'enlever.

2° *Comme étiologie de cette péritonite encapsulante, la tuberculose nous paraît le plus probable.* Si l'histologie d'un fragment de membrane n'a pas mis en évidence de follicule tuberculeux, nous savons que c'est une éventualité fréquente dans les tuberculoses péritonéales en voie de guérison. En faveur de cette présomption tuberculeuse militent et les antécédents du sujet et les constatations actuelles.

De beaucoup plus intéressante que le passé de constipation rapporté par le malade nous trouvons il y a quelques années, une péricardite. Nous n'avons malheureusement pu obtenir d'autres renseignements que ceux du sujet. On aurait parlé d'abord de typhoïde, puis de péricardite dès son admission à l'Hôpital. Il y est resté un mois avec de la glace en permanence sur la région précordiale. Il n'a jamais eu de douleurs rhumatismales, ni de diarrhées. La sortie précoce du sujet de l'Hôpital est plus en faveur d'une péricardite bacillaire succédant à un épisode abdominal, que d'une myocardite au cours d'une infection typhoïde. Sans pouvoir l'affirmer nous retenons cette probabilité. Actuellement, notre malade n'offre pas une constitution très vigoureuse : très grand (1 m. 91) maigre, le teint blafard et terreux. il se tient voûté et il est à l'extrême limite des conditions de robustesse réclamée pour le soldat.

L'auscultation cardiaque est négative, un orthodiagramme pratiqué en 1937 a été normal, mais la radiographie pulmonaire montre les séquelles importantes fibreuses d'une atteintes des hiles et de la zone intercléidohilaire.

En somme, sans pouvoir faire la preuve de l'infection tuberculeuse à la base de notre péritonite encapsulante, les antécédents et les constatations cliniques nous forcent d'en admettre la présomption.

GANGRÈNE MUSCULAIRE D'ORIGINE APPENDICULAIRE

par M. PERARD, (Casablanca)

La brève observation que voici est intéressante par sa rareté ; je n'ai trouvé dans la bibliothèque dont je dispose aucune observation analogue, ce qui n'exclut pas la possibilité d'autres publications qui ont pu m'échapper.

— Un matelot maltais est débarqué de son navire et entre dans mon service le 4 février 1939, pour douleur dans le flanc droit et appendicite probable.

L'interrogatoire est difficile, il ne donne que peu de renseignements ; à l'examen, on trouve, en dehors du point de Mac Burney, une légère sensibilité sans localisation bien précise, pas de douleur provoquée en arrière. L'état général est bon : T. 38°5 pouls 100.

Le début des accidents remonte à plusieurs jours et comme la température et le pouls reviennent rapidement à la normale, je décide d'attendre pour intervenir à froid.

Le 9 février, la numération globulaire donne :
5.370.000 glob. rouges
11.200 glob. blancs

La formule leucocytaire donne :
Neutrophiles : 79 %
Basophiles : 0
Eosinophiles : 1 %
Lymphocytes : 20 %

Il y a intérêt à attendre — car, comme l'a indiqué Desmarets, le fléchissement rapide de la courbe de leucocytose et de la polynucléose commandent l'abstention et le retour à la normale de la formule leucocytaire précède de longtemps la disparition totale du foyer.

Le 14 février, vers 24 heures, le blessé se plaint brusquement d'une douleur très vive

Laboratoires AMIDO

A. BEAUGONIN Pharmacien, 4, Place des Vosges

PARIS (4E ARRT)

Produits	Indications
AMIDAL **Poudre, Comprimés, Cachets, Dragées** Une à deux cuillerées à soupe ou quatre à huit comprimés, dragées ou cachets par jour.	**Entérites aiguës et chroniques.** **Entérocolites - Dysenteries.** **Toutes les diarrhées - La constipation spasmodique.**
VITAMYL IRRADIE **Ergostérol irradié — Vitamine D** (Extrait concentré de vitamines A.B.C.) Une cuillerée à café avant chacun des trois repas.	**Carence et Pré-carence** **Troubles de la croissance** **Rachitisme.** **Déminéralisation.**
GENESERINE **Polonovski et Nitsberg** Deux à trois granules ou dragées ou XX à 30 gouttes à chacun des trois repas ou une ampoule injectable chaque jour pendant 10 jours.	**Hypo-acidité gastrique.** **Syndrome solaire - Dyspepsie atonique - Palpitations et tachycardie des cœurs nerveux.**
GENATROPINE **Polonovski et Nitzberg** Deux granules ou XX gouttes, deux à trois fois par jour, entre les repas de préférence. Une ampoule injectable par jour.	**Hyperchlorhydrie.** **Spasmes digestifs - Vomissements** **Coliques - Diarrhée.**
GENOSCOPOLAMINE **Polonovski et Nitzberg** Quatre à huit granules ou quarante à quatre vingts gouttes par jour en 2 ou 3 reprises. Une ampoule par jour.	**Maladie de Parkinson** **Syndromes post-encéphalitiques** **Anesthésie chirurgicale ou obstétricale.**
GENHYOSCYAMINE **Polonovski et Nitzberg** Deux granules ou XX gouttes, 2 ou 3 fois par jour, entre les repas de préférence. Une ampoule par jour.	**Spasmes digestifs** **Tremblements et syndromes parkinsoniens. Sueurs des tuberculeux.**
GENOSTRYCHNINE **Polonovski et Nitzberg** ou Ampoules — Gouttes — Granules **GENOSTHENIQUES** **(Gacodylate de Génostrychnine et de Génésérine)** **Deux granules** ou XX gouttes à chacun des 3 repas. Une ampoule injectable chaque jour.	**Asthénie** **Neurasthénie Surmenage** **Anémie - Convalescence** **Paralysies atoniques**
SED'HORMONE Dragées et suppositoires Une à six dragées ou : Un à trois suppositoires par jour.	**Hyperexcitabilité nerveuse.** **Insomnie - anxiété.** **Grands Syndromes d'excitation.** **Epilepsie - Enurésie.**

Dépositaires :

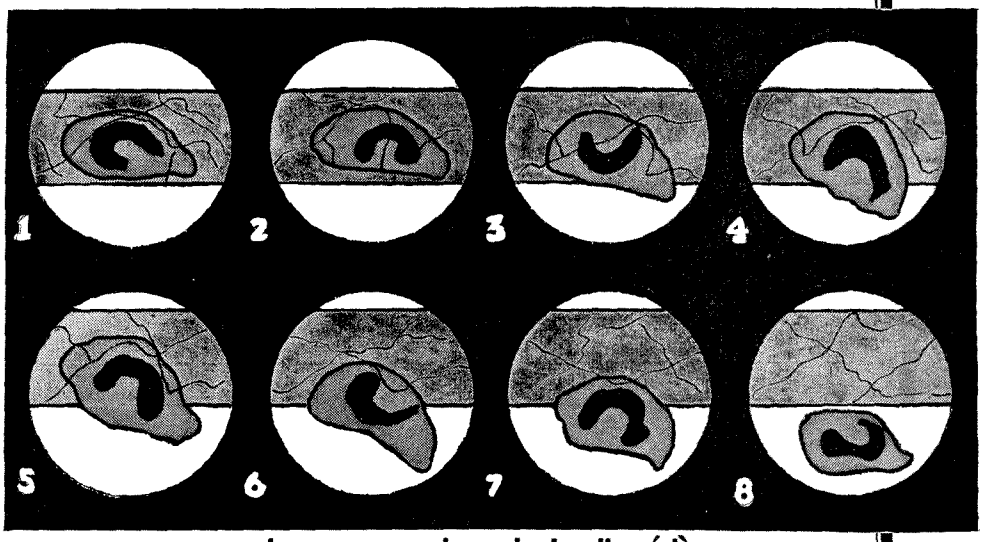
Maroc : S. BAKRY, 1, rue Oudjari, Casablanca.
Algérie : R. HAMELIN, 16, Ter, rue Burdeau, Alger.
Tunisie : H. BONAN, 34, rue de Marseille, Tunis.

DANS TOUTE GUÉRISON

comme

DANS TOUTE MALADIE

les capillaires ont une importance capitale



phases successives de la diapédèse et du polymorphisme des capillaires.

POUR FAVORISER LA GUÉRISON:

Chaleur constante prolongée, hygroscopie, thérapeutique de l'

Antiphlogistine

(fabriquée en France)

Stimule l'action capillaire, et par voie de conséquence, favorise le processus normal de la guérison.

Littérature descriptive, et échantillon envoyés sur demande:

LABORATOIRE DE L'ANTIPHLOGISTINE

LEVALLOIS-PERRET

The Denver Chemical Manufacturing Co. • New-York (Etats-Unis)

AGENCE PHARMACEUTIQUE MAROCAINE
272, rue de l'Aviation Française
CASABLANCA (Maroc)

dans le flanc droit. La Sœur appelle l'interne de garde, qui se borne à prescrire des piqûres de morphine. Le malade passe une nuit agitée et souffre de plus en plus. A mon arrivée la lendemain matin, mon interne me signale que ce malade ne va pas bien et je le trouve dans un état très grave ; contracture des muscles abdominaux ; à droite, léger œdème de la bourse droite ; T. et pouls dissociés : T. 36°2 P. 140.

Je pense à une appendicite perforée et le fais amener d'urgence à la salle d'opération, où l'on note, avant l'incision, en plus de l'œdème de la bourse et de la contracture, une légère crépitation sous-cutanée dans le flanc droit.

Dès que la plaie est incisée, il se répand une odeur de gangrène, de pourriture d'hôpital ; les muscles sont verdâtres, couleur de pain d'épice ; à l'incision des plans musculaires je ne trouve pas de pus — une petite incision du péritoine montre une cavité abdominale normale. Je referme par deux points, laisse la plaie largement ouverte — sérum anti-gangréneux. Prise de fragment musculaire envoyé au laboratoire.

Le malade meurt douze heures plus tard.

AUTOPSIE. — L'inspection montre des plaques de sphacèle sur la moitié droite du scrotum avec couleur verdâtre de tout le flanc droit. A l'ouverture de l'abdomen, les organes sont normaux. On note que la terminaison du grêle est réduite au volume d'un index sur les trente derniers centimètres, sans adhérences.

Adhérence complète du cæcum à la paroi pariétale. Le décollement fait tomber dans une petite cavité rétro-cæcale contenant un peu de pus grisâtre et des tissus sphacelés. On ne trouve pas d'appendice — la cavité du cæcum est normale. Pas de perforation — infiltration gangréneuse des muscles.

La culture des fragments musculaires prélevés a donné :

micrococcus foetidus
bacillus ramosus

DISCUSSION

M. PÉRARD. — Ce qui fait l'intérêt de cette observation, c'est son évolution bénigne, banale, interrompue brusquement par un drame rapide, à évolution foudroyante.

Bien qu'on n'ait pas retrouvé l'appendice à l'autopsie, l'explication normale est dans l'évolution sournoise bien connue d'une appendicite rétro caecale en vase clos, avec diffusion brutale à travers le péritoine pariétal intact des germes anaerobies dans les muscles abdominaux et la gangrène qui en est résultée.

Il ne semble pas, malgré l'erreur de l'interne de garde qui n'a pas cru devoir prévenir le chirurgien, qu'une intervention plus précoce de quelques heures ait changé le résultat. L'évolution bénigne de la crise appendiculaire. la formule leucocytaire, plaidaient en faveur de l'intervention retardée chez un malade entré à l'hôpital 5 jours après le début des accidents.

Mondor, dans son beau livre sur les diagnostics urgents de l'abdomen, insiste bien sur l'évolution sournoise et l'évolution brutale des abcès pyrogazeux rétro-cæcaux, mais. en général, le couvercle cæcal cède et on se trouve en présence d'une péritonite généralisée.

Dans le cas que j'ai l'honneur de présenter. le péritoine a résisté et c'est dans le tissu cellulaire rétro-péritonéal et dans les muscles abdominaux que la septicémie a diffusé. (1)

ÉPITHÉLIOMA SÉBACÉ PRIMITIF DES GLANDES DE MEIBOMIUS (2)

par MM. PAGES, E. STORA et J. DUGUET (Rabat)

Dans son remarquable travail sur les tumeurs sébacées des paupières, présenté en 1936 à la Société d'ophtalmologie de Paris, MORARD, étudiant les diverses variétés de tumeurs meibomiennes, en a présenté une classification anatomo-pathologique fort utile.

Nous voudrions ajouter à la liste encore brève des épithéliomas meibomiens l'observation suivante, concernant un épithélioma sébacé lobulé, intéressante par l'aspect des coupes histo-pathologiques qui permettent de suivre l'évolution tumorale des cellules sébacées, à partir de la basale effondrée d'un acinus glandulaire, et en raison des particularités cliniques qui ont été observées.

OBSERVATION. — Ali ben Dj..., 33 ans, est évacué le 25 avril d'un hôpital de l'intérieur pour tumeur de la paupière inférieure droite. Trois

(1) Comm. faite à la Sté. de Méd. et d'Hyg. du Maroc.
(2) Com. faite à la Siciété d'Ophtalmologie de Paris (Séance du 17 décembre 1938).

semaines auparavant, le malade aurait constaté le début d'une augmentation progressive et diffuse du volume de sa paupière inférieure droite, jusqu'alors normale, ne s'accompagnant d'aucune douleur ou gêne fonctionnelle.

A l'examen, on constate une tuméfaction globale de la paupière inférieure droite, élargissant le bord libre, refoulant en avant les téguments distendus, mais souples et mobiles, sans infiltration ni ulcération. La palpation donne l'impression d'une augmentation globale du volume du tarse inférieur, en quartier d'orange, dure, lisse, sans points ramollis, indolente, strictement limitée à la paupière inférieure. Le cul-de-sac conjonctival inférieur a disparu. La conjonctive palpébrale, refoulée vers le haut, présente un aspect lardacé et une ulcération linéaire indolente, recouverte de quelques sécrétions pseudo-membraneuses. La conjonctive bulbaire inférieure est le siège d'une infiltration diffuse, molle, formant un bourrelet péri-cornéen. La paupière supérieure, en retrait sur le *balcon* formé par l'infiltration de la paupière inférieure (*Fig.* 1), est normale. La caroncule lacrymale, inflitrée, hypertrophiée, fait une forte saillie à l'angle interne de l'œil. On ne constate aucun trouble fonctionnel. La vision est normale : V. = 10/10. Les mouvements du globe sont conservés. A noter l'existence d'un ganglion pré-auriculaire du volume d'un gros pois. L'état général du malade est excellent. La réaction de Wassermann est négative.

Après un traitement d'épreuve inopérant, on intervient le 14 mai. Après incision de la paupière inférieure, parallèlement à son bord libre, on tombe sur des tissus fongueux, bien limités ; la tarse palpébral a complètement disparu et l'ulcération conjonctivale s'étend en réalité à toute la profondeur de la masse fongueuse, formant une fente linéaire de un centimètre de long. On enlève largement tout le tissu dégénéré qui saigne fort peu. Son examen histo-pathologique (Dr STORA) montre qu'il s'agit d'un épithélioma sébacé.

L'intervention donne un véritable coup de fouet au processus néoplasique, d'évolution déjà fort rapide. Le 24 mai, une nouvelle nappe néoplasique tapisse la face conjonctivale de la paupière inférieure. L'infiltration de la conjonctive bulbaire inférieure s'étend progressivement, enchâssant la cornée. Le ganglion pré-auriculaire, augmenté de volume, est prélevé pour examen histo-pathologique et le malade est envoyé le 13 juin sur le centre de radiothérapie de Casablanca. Une première série d'irradiations, à faibles doses, dégage très rapidement la cornée et fait fondre littéralement la tumeur palpébrale. Le 22 juillet, le malade paraît complètement guéri, mais les radiologues (Drs SPÉDER et FERRY) estiment nécessaire une deuxième série d'irradiations pénétrantes, la protection de la cornée étant désormais possible.

Fig. 1. — Epithélioma Meibomien de la paupière inférieure

EXAMEN HISTOLOGIQUE (*Coloration de Mallory et hématéine éosine*) : Une vue d'ensemble de la tumeur, à faible grossissement, montre une nappe de cellules claires, noyant par endroit des glandes de Meibomius à basales conservées, nettement apparentes par la coloration de Mallory. En un point de la préparation apparaît une glande sébacée, à basale effondrée par un boyau de cellules qui s'intègrent assez rapidement dans la masse cellulaire tumorale. Des travées fibreuses, partant des gaines conjonctivo-vasculaires, divisent la tumeur en lobules dont les acini occupent le centre ou la périphérie (*Fig.* 2). Le tarse palpébral n'est pas visible.

A un plus fort grossissement (*Fig.* 3), on reconnaît d'abord l'acinus sébacé à basale effondrée. Le boyau qui en part est formé de cellules aplaties, à protoplasma basophile au contact de la glande, en tous points semblables aux cellules génératrices des éléments sébacés. A mesure que le boyau diffuse vers la nappe tumorale, le protoplasma de ces cellules devient plus clair, plus acidophile ; plusieurs cellules sont en mitose. La masse tumorale elle-même se montre formée en majeure partie par de grosses cellules à protoplasma clair, finement vacuolisé, d'aspect spongiocytaire. Les figures de mitose sont très nombreuses (*Fig.* 4). A noter quelques îlots de nécrose et l'infiltration en surface par des polynucléaires et des plasmocytes.

L'examen à un faible grossissement du ganglion pré-auriculaire ne montre pas de bouleversement de la structure ganglionnaire. Au fort grossissement, on observe, au niveau de quelques follicules, un envahissement des sinus lymphatiques périfolliculaires par des cellules tumorales claires, d'aspect spongiocytaire, avec plusieurs figures de mitoses (*Fig.* 5). Ces cellules tumorales sont de même type que celles observées dans la tumeur palpébrale. Il s'agit nettement d'une métastase ganglionnaire de cette tumeur.

En résumé, notre malade présentait une tumeur épithéliale dont l'origine se retrouve dans la prolifération des cellules génératrices des glandes de Meibomius (*Fig.* 3). L'aspect clair et les fines vacuoles protoplasmiques des cellules tumorales font penser à une surcharge graisseuse de ces cellules en transformation

Fig. 2. — Aspect général de la tumeur (coloration de Mallory). 1. Glandes de Meibomius à basales normales au milieu de cellules tumorales. 2. Travées fibreuses lobulant la tumeur

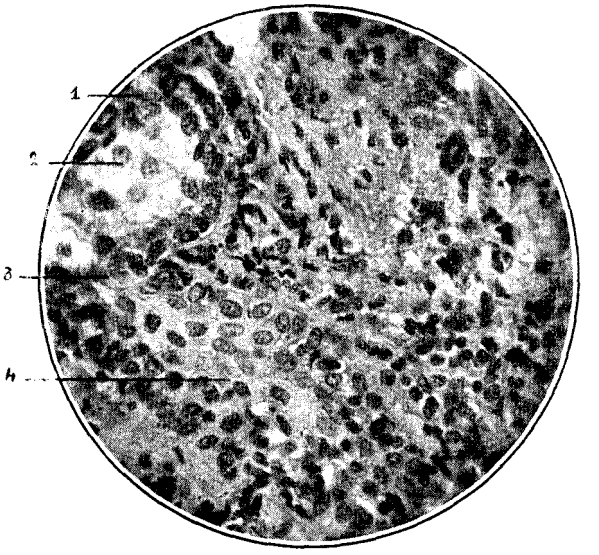


Fig. 3. — Glande sébacée à basale effrondée (Hématéine-éosine). On aperçoit une glande de Meibomius avec 1° ses cellules génératrices sombres et 2° ses cellules sébacées claires ; 3° effondrement de la basale ; 4° boyau épithélial.

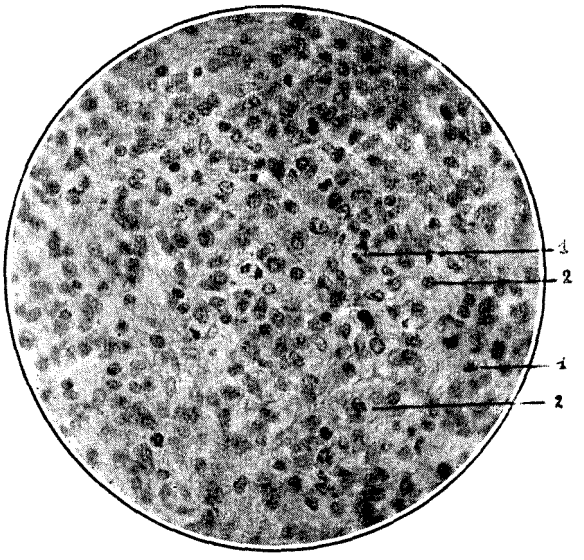


Fig. 4. — Aspect des cellules tumorales (Hématéine-éosine) : 1° figure de mitoses très nombreuses ; 2° types de cellules à protoplasma clair, finement vacuolisé, d'aspect spongiocytaire.

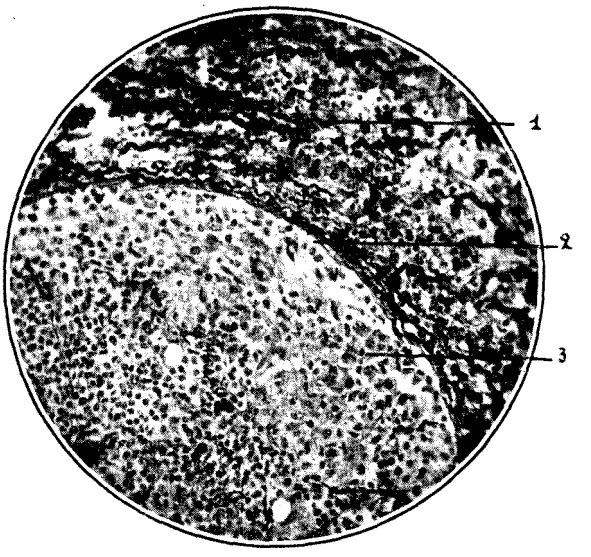


Fig. 5. — Métastase ganglionnaire preauriculaire (coloration de Mallory). Aspect de la partie périphérique lymphatique : 1° capsule fibreuse ganglionnaire ; 2° limite du follicule ; 3° envahissement du sinus lymphatique périfolliculaire par les cellules tumorales.

sébacée. Il aurait été évidemment intéressant de compléter cette étude par la recherche des affinités tinctoriales des cellules pour les colorants électifs des graisses neutres. Cet examen n'a pu être pratiqué, toutes les pièces ayant été incluses dans la paraffine. Cependant, l'absence de cordons cellulaires atypiques ou d'évolution épidermoïde des éléments tumoraux permet de considérer qu'il s'agit là d'un épithélioma sébacé meibomien typique.

Au point de vue clinique, la localisation d'un épithélioma meibomien à la paupière inférieure paraît peu fréquente, et la plupart des observations publiées concernait la paupière supérieure. Quant à son extension à tout le tarse, déformant la paupière en un véritable « balcon » surplombant la région génienne, elle paraît due à l'évolution extrêmement rapide du processus néoplasique qui présente plus habituellement l'aspect d'un

chalazion du volume d'un pois ou d'une noisette et d'accroissement très lent. Chez notre malade, au contraire, la tumeur brûla les étapes, détruisant en quelques semaines le tarse, infiltrant la conjonctive bulbaire, envahissant précocement les ganglions pré-auriculaires et récidivant quelques jours après son ablation.

Il est évident que l'intervention n'a fait qu'accélérer la marche de cet épithélioma exceptionnellement malin. Aussi semble-t-il que l'on doive, dans les épithéliomas glandulaires des paupières, limiter l'acte chirurgical à la biopsie, indispensable pour établir le diagnostic dans la généralité des cas, le traitement de choix demeurant la radiothérapie.

AU SUJET DE LA « CATAPHYLACTO-TRANSFUSION » DE JEANNENEY ET CASTANET

Il a déjà été parlé dans cette revue de cette méthode qui donne aux praticiens Bordelais d'excellents résultats dans le traitement des septicémies. (V. *Maroc-Médical*, n° 205, Juillet 1939, p. 263.

Voici les renseignements pratiques concernant la préparation extemporanée du donneur que M. le Professeur Jeanneney a bien voulu nous adresser et que nous nous empressons de transmettre à nos confrères « marocains » :

« *a*) 12 heures avant la transfusion, faire au donneur une *injection déchaînante* de 1 cc. de vaccin mixte associé de Ramon (anatoxine diphtérique tétanique T.A.B.).

b) Dans la journée qui précède la prise de sang, faire absorber à chaque repas (matin, midi et soir) un comprimé de rubiazol, et, trois heures (Fourneau) avant la prise de sang, faire absorber 2 comprimés de paramine-phényl-sulfamide. On donnera ces comprimés à jeun, vers 6 heures du matin pour faire la transfusion entre 9 et 10 heures.

c) En même temps, pour permettre au donneur de réaliser au maximum ses chances de production d'anticorps, lui fournir des haptènes sous forme de sucres, d'oses donnés sous forme de jus de fruits sucrés, compotes, confitures — et au besoin dégradés par administration d'insuline.

d) On pourra donner en même temps des injections *d'acide uronique* — acide glycuronique par exemple — à faibles doses (1 mmgr.).

En pratique, il peut être difficile de faire accepter à un donneur professionnel une préparation aussi complexe. Mais l'expérience prouve que les donneurs volontaires s'y prêtent aisément — et l'on voit leur pouvoir hémobactéricide s'élever alors nettement jusqu'au moment de la transfusion.

On pourra obtenir in vitro ces mêmes réactions favorables. Il sera bon de prendre du sang de femme enceinte dont le pouvoir hémobactéricide est d'ordinaire excellent — et de provoquer in vitro des réactions phylactiques et épiphylactiques.

C'est ce que nous réalisons en ajoutant au ballon le sang prélevé à un donneur préparé comme ci-dessus et conservé à la température du laboratoire, une ampoule de 5 cc de soluseptazine 3 heures environ avant la transfusion (de façon que des azoprotéides aient le temps de se produire).

Par contre le malade y sera soumis systématiquement. On donnera par exemple, sauf les jours de transfusion où le malade sera laissé au repos complet :

a) à 8 h. et à 18 h. un comprimé de Rubiazol,

b) à 11 h. et à 21 h. un comprimé de Septoplix ou de Dagenan,

c) à midi et à 19 h. un repas riche en polyosides et 5 unités d'insuline,

d) à 14 h. une piqure de 1 mmg glycuronique.

En outre, dans la journée, absorption de sucres et de levures de bière pures (prises chez un brasseur) pour aider à la dégradation de ces sucres, et de 2 cachets de Phytine (à cause des iinosito-exophosphates qui agissent comme apoferments dans l'utilisation par l'organisme des sucres alimentaires. »

L. ARNAUD.

ARSÉNOTHÉRAPIE

Absolument indolore par voie intra-musculaire

ARSENOMYL

NOUVEL ARSÉNOBENZOL

TRÈS PUISSANT TRÉPONÉMICIDE

en solution aqueuse stable préparée d'avance

Injections intra-musculaires absolument indolores à n'importe quelle dose

DOSES : **ADULTES :** 0.30, 0.50, 0.70, 0.90, 1.05

ENFANTS : 0.005, 0.01, 0.02, 0.03, 0.05, 0.10, 0.15, 0.20.

Littérature et Échantons **Etabl^ts MOUNEYRAT, Villeneuve-la-Garenne** (Seine)

R. C. Seine 210439 B

Le plus Puissant Reconstituant général

HISTOGÉNOL

NALINE

Médication Arsénio-Phosphorée Organique

PUISSANT RÉPARATEUR

de l'Organisme débilité

FORMES : Élixir, Granulé, Comprimés, Concentré, Ampoules.

Littérature et Échantillons : **Ets MOUNEYRAT,**
12, Rue du Chemin-Vert, à VILLENEUVE-la-GARENNE (Seine).

INDICATIONS :

FAIBLESSE GÉNÉRALE
LYMPHATISME
SCROFULE - ANÉMIE
NEURASTHÉNIE
CONVALESCENCES DIFFICILES
TUBERCULOSE
BRONCHITES
ASTHME - DIABÈTE

R. C. Seine. 210.439 B

LA PREMIÈRE THÉRAPEUTIQUE NATURELLE EN GASTRO-ENTÉROLOGIE

BIOMUCINE

la première préparation de mucine naturelle du mucus de l'estomac l'anti-acide et le protecteur naturel de la muqueuse gastro-duodénale

HYPERACIDITÉ-ULCÈRES

Le contenu de 2 cachets à chaque repas

ENTÉROMUCINE

la première préparation de mucine naturelle du mucus de l'intestin le régulateur et le protecteur naturel de la muqueuse intestinale

CONSTIPATION-COLITES

1 à 3, cuill. à café de granulés à chaque repas

LABORATOIRES ROBERT ET CARRIERE

37, Rue de Bourgogne PARIS VII^e

A. TABART

doct. es sciences physiques

Agent Général : GUERIF, Villa Marie-Paule, rue Verlet-Hanus, Casablanca.

ALOÏNE HOUDÉ

GRANULES TITRÉS à 4 cgr

SPÉCIFIQUE DE LA CONSTIPATION

ANOREXIE MIGRAINES

EXCITE L'APPÉTIT ET ACTIVE LA SECRÉTION BILIAIRE

DOSE LAXATIVE
1 ou 2 Granules au repas du soir
DOSE PURGATIVE
4 à 6 le soir en se couchant

VENTE EN GROS

Laboratoires HOUDÉ, 9, rue Dieu, PARIS

Dépositaire exclusif pour le Maroc : **R. Guérif,** Villa Marie-Paule, rue Verlet Hanus, Casablanca
S'y adresser pour échantillons et littérature.

A PROPOS DES SYNDROMES DOULOUREUX DES CANCERS INOPÉRABLES OU RÉCIDIVÉS DE L'UTÉRUS LEUR TRAITEMENT PALLIATIF (1)

par MM. G. JEANNENEY et POINOT

Les douleurs intolérables des cancers de l'appareil génital inopérables ou récidivés transforment la vie des malades en un martyre ne finissant qu'avec la mort.

Ces syndromes paraissent plus fréquents qu'autrefois du fait de survies plus grandes dues aux traitements physiothérapiques.

Or, il y a peut-être pour ces malades plus de ressources que la simple piqûre de morphine, « si bien acceptée et paraissant si humaine » (Leriche).

Il n'est pas inutile de rappeler tout d'abord les modalités douloureuses présentées par les cancéreuses et les voies de la douleur pour leur opposer une thérapeutique effective.

A plusieurs reprises, Leriche a attiré l'attention sur ces questions, et les a parfaitement étudiées dans son livre sur la *Chirurgie de la douleur* (1937). Plus récemment, une revue générale de Ducuing a fait le point de nos connaissances dans le domaine précis des algies des cancers inopérables de l'utérus.

Cliniquement, les malades se présentent avec divers types de syndromes :

a) Les unes accusent des *douleurs diffuses* du bassin, du ventre, des reins, du périnée, de la vessie, du rectum, de l'anus. Sur un fond douloureux à peu près constant à localisation imprécise mais néanmoins supportable, se greffent des paroxysmes fulgurants avec crises viscéralgiques.

L'examen génital indique souvent une récidive, une infiltration d'un paramètre, un col irrégulier ou saignant. Mais il est des cas assez fréquents où l'examen le plus minutieux ne révèle aucune induration, aucune infiltration latéro-pelvienne ; dans ces éventualités d'ailleurs, la laparotomie peut ne montrer aucune lésion. Il semble bien que ces syndromes assez particuliers, mais non exceptionnels soient en relation avec une infiltration des rameaux sympathiques des vaisseaux pelviens, réalisant à leur niveau une véritable névrite.

b) D'autres présentent des *douleurs systématisées à type névralgique.* Ce sont des sciatiques, des névralgies du crural ou de l'obturateur. Les manifestations douloureuses sont intermittentes ; elles sont exagérées par la compression des nerfs correspondant aux territoires douloureux.

L'examen révèle avant tout une diminution très marquée de la sensibilité dans le domaine d'un nerf, indice d'une compression plexulaire ou tronculaire ; il peut s'y adjoindre des troubles vaso-moteurs d'origine sympathique.

Le palper abdominal permet parfois de sentir une masse prévertébrale ou une adénopathie rétrocrurale. Il est utile de connaître la topographie exacte de ces territoires ganglionnaires, d'après les travaux récents de Leveuf, Godard, Grigouroff. La recherche de ces adénopathies doit se faire :

1° Sur les parois latérales du bassin, depuis l'éminence pectinéale jusqu'à l'échancrure sciatique, explorant les ganglions iliaques externes, antérieurs, moyens et postérieurs.

2° Au niveau de l'échancrure sciatique et vers le sacrum, d'où l'utilité d'associer le toucher rectal au toucher vaginal, ce sont les ganglions du groupe hypogastrique.

3° Les ganglions du promontoire sont plus difficilement accessibles.

Il est facile de concevoir que ces masses néoplasiques puissent comprimer les plexus nerveux ou leurs branches à leur arrivée et dans leur traversée du pelvis.

On observe d'autres malades présentant un syndrome rachidien :

c) Au début, apparaissent quelques douleurs dorsales ou lombaires, qui s'accentuent à la marche ou aux efforts. Dans un second stade, survient une paraplégie douloureuse de Charcot: la malade, grabataire, présente des eschares et succombe à l'infection urinaire.

Ces différents syndromes peuvent s'intriquer et les malades se présenter avec des douleurs complexes, à la fois sympathiques et névralgiques.

⁂

Les *voies de conduction de la douleur* ont été bien précisées depuis le travail de Leriche.

Le point de départ de la douleur est d'ordinaire diffus, puisque tous les organes du bassin (utérus, vessie, rectum, paramètres, ganglions), tous très richement innervés, peuvent être atteints.

Les sensations douloureuses empruntent dans leur trajet centripète deux voies : sympathique et cérébro-spinale, la première paraissant être la plus habituelle.

Les *fibres sympathiques* elles-mêmes suivent plusieurs voies : le plus souvent elles remontent le long des vaisseaux, gagnent les ganglions de la chaîne lombaire, et, par les rami-communicants, atteignent les nerfs sensitifs rachidiens.

Plus rarement la voie empruntée est celle du sympathique sacré même ou celle des nerfs érecteurs.

(1) In Journal de Médecine de Bordeaux - 5 Août 1939.

Les *fibres sensitives* gagnent les cornes supérieures de la moelle, se concentrent généralement au niveau de la 12e vertèbre dorsale et de la 1re lombaire.

Au niveau de la moelle, leur destinée est double ; un groupe interne se rend aux cordons de Goll et de Burdach ; du côté correspondant, le groupe externe croise la ligne médiane, entrant dans la constitution des faisceaux spino- réticulo-thalamiques et spino-thalamiques. Leur destinée terminale est la circonvolution pariétale ascendante.

⁂

Des analgésiques généraux, nous dirons peu de choses : les meilleurs nous paraissent être l'*aspirine* associée aux barbituriques et aux venins (cobra, crapaud), dont l'efficacité est d'ailleurs inconstante.

Les sédatifs locaux (novocaïne et ses dérivés), les injections neurolytiques locales, n'ont qu'une action passagère ou médiocre. Enfin, les agents physiques — en particulier les rayons X, lorsqu'ils ont épuisé leur action sur le territoire malade, point de départ des douleurs — pourront encore être utilisés contre les localisations rachidiennes.

Le traitement chirurgical ne pourra s'attaquer à la cause initiale, qui, par définition est incurable, puisqu'elle a résisté, en particulier, aux radiations et devra s'adresser aux *voies douloureuses*, que nous venons de schématiser.

Les *opérations chirurgicales* peuvent viser le système sympathique, les racines sensitives, ou, enfin, la moelle épinière elle-même.

Les *sympathectomies* peuvent porter tantôt sur le nerf présacré, tantôt sur les plexus périvasculaires, tantôt enfin sur la chaîne lombaire.

Les *radicotomies* sectionnent les fibres postérieures vectrices de la sensibilité cérébro-spinale et sympathique. La section doit porter de préférence de D. 12 à L. 2.

La *myélotomie transversale* de Cushing sectionne la moelle au niveau des dernières dorsales : elle coupe toutes les voies de la sensibilité, mais également de la motricité.

La *cordotomie antéro-latérale* de Frazier sectionne électivement le faisceau spinothalamique entre la racine antérieure et le ligament dentelé de la moelle ; elle est assez difficile techniquement et parfois grave dans ses suites. Nous y avons eu trois fois recours, avec deux succès (suivis de un an et six mois sans douleur) et une mort.

Nous voulions faire une place à part aux *injections anesthésiantes au niveau du sympathique lombaire*, dont la technique est relativement facile et dont les effets nous ont paru satisfaisants dans quelques cas ; leur action n'est cependant que temporaire.

Les *injections neurolytiques* suivant la technique de Dogliotti nous ont donné d'excellents résultats. Ce procédé consiste à injecter 4 à 8 dixièmes de centimètre cube d'alcool absolu à l'intérieur du canal rachidien ; la malade est placée en décubitus latéral *sur le côté sain*, l'alcool, plus léger que le liquide céphalo-rachidien, monte au contact des racines du côté malade. Il est indispensable de laisser la malade en décubitus latéral pendant une à deux heures pour imprégner les racines.

Ducuing ne paraît pas très satisfait des résultats de cette méthode, il a eu des troubles moteurs et des troubles des réservoirs : Dogliotti lui-même avoue des incidents ; il nous est arrivé d'avoir une légère incontinence rectale, mais transitoire.

Cette technique de neurolyse aussi facile qu'une ponction lombaire, nous a donné de bons résultats. Nous la croyons intéressante.

Trois observations montrent assez bien ce que l'on peut obtenir des méthodes palliatives en matière de cancers inopérables :

Observation I.

Dans le premier cas, il s'agissait d'une femme de 56 ans, atteinte d'un *néoplasme* du col récidivé après traitement physiothérapique. L'examen révélait peu de lésions abdominales pelviennes ; des crises intolérables la martyrisaient sans cesse, elle ne les tolérait qu'avec de la morphine, dont il lui fallait 10 centigrammes par jour.

Une première injection d'alcool (8/10 dans une solution à 95 degrés) fut faite le 3 mars : on remplace progressivement les piqûres de morphine par de l'eau distillée : l'épreuve est concluante, la malade ne souffre plus, mais elle réclame ses piqûres... d'eau. Nous avions auparavant essayé de faire le même remplacement mais la morphine était nécessaire pour calmer les crises douloureuses. Nous avons pratiqué une nouvelle injection en avril, et depuis cette malade, que nous avons revue dernièrement, ne ressent que quelques douleurs fugaces.

Observation II.

La seconde malade, de 52 ans, présentait un *cancer du col* restant, traité par les rayons X, avec une très grosse masse latéro-pelvienne droite ; elle accusait une sciatique, ainsi qu'une anesthésie dans le domaine du crural.

Dogliotti le 15 avril 1939 ; cessation des crises douloureuses, la malade se lève ; elle est portée chez elle, mais nous devons la revoir pour pratiquer une nouvelle infiltration, si nécessaire.

Observation III.

Le dernier cas fut traité par une *infiltration sympathique lombaire*. Il s'agissait d'une femme de 65 ans présentant un *cancer du col inopérable* avec infiltration du bassin, œdème du membre inférieur droit ; signes de sciatique et crises douloureuses paroxystiques.

Onze infiltrations sont pratiquées en cinq jours. Il est injecté chaque fois 10 cm3 de novocaïne à 1/200 au niveau de la chaîne lombaire droite.

A la suite de ce traitement, les crises douloureuses diminuent de fréquence et d'intensité sans disparaître cependant : l'œdème rétrocède légèrement, mais l'amélioration ne dure que trois semaines.

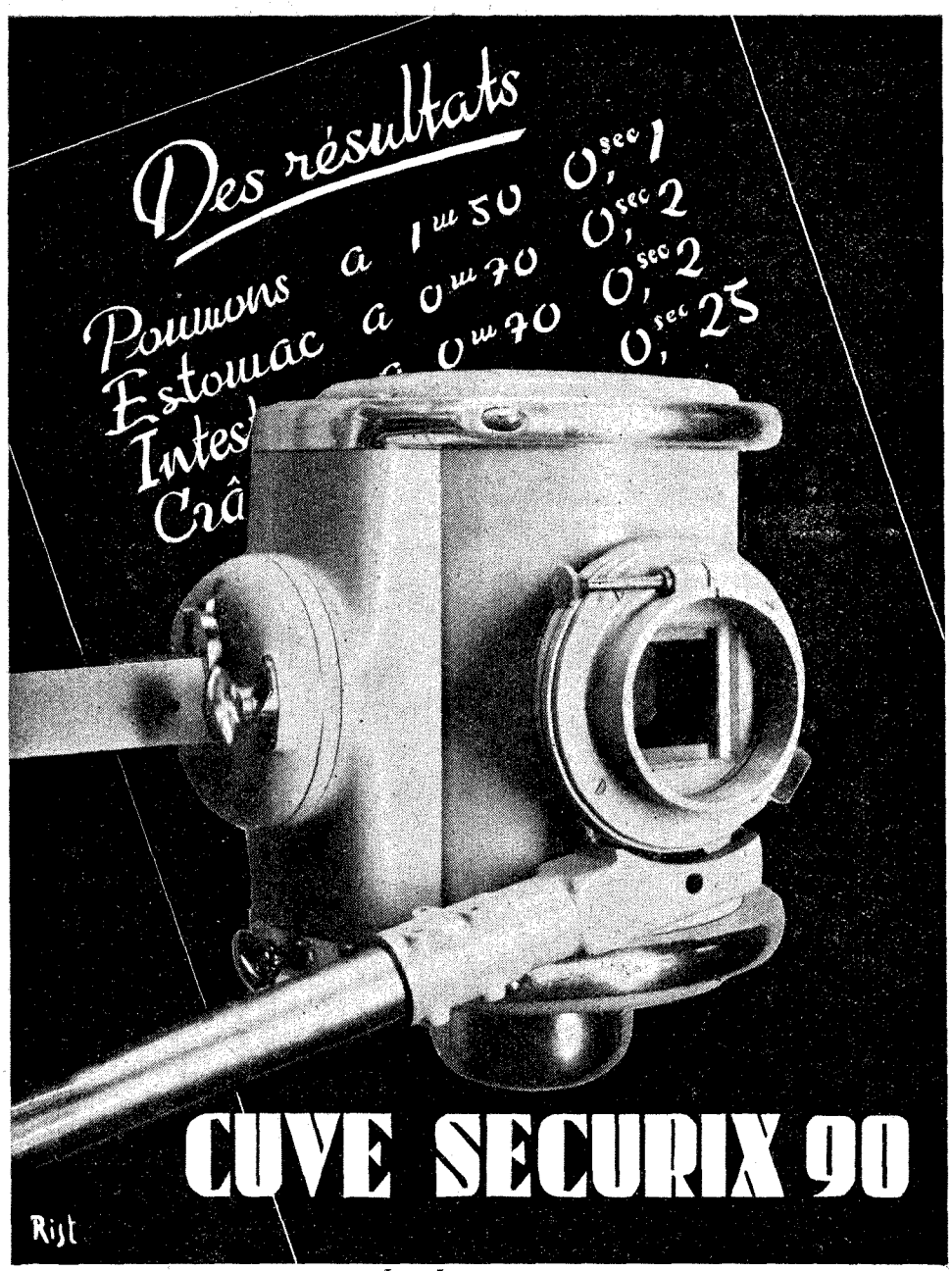
⁂

Les résultats montrent qu'il est possible d'atténuer, dans une certaine mesure, les douleurs des cancers inopérables. Les *infiltrations du sympathique* et la *neurolyse de Dogliotti* méritent d'être retenues et mises en œuvre avant d'avoir recours aux opérations médullaires, dont la gravité n'est pas niable.

pour le MAROC, s'adresser :
M. JOLY, agent exclusif
111, rue Bugeaud — CASABLANCA — Téléphone : 27-80

DEVIS - ETUDES - RENSEIGNEMENTS TECHNIQUES ET COMMERCIAUX

MONTAGE - GRANDES FACILITES DE PAIEMENT - ENTRETIEN
STOCK disponible : Générateurs, Brûleurs, Accessoires, etc...



COMPAGNIE GÉNÉRALE DE RADIOLOGIE

34, BOULEVARD DE VAUGIRARD, PARIS

pour le MAROC, s'adresser :
M. JOLY, agent exclusif
111, Rue Bugeaud — CASABLANCA — Téléphone : 27-80

DEVIS - ETUDES - RENSEIGNEMENTS TECHNIQUES ET COMMERCIAUX

MONTAGE - GRANDES FACILITES DE PAIEMENT - ENTRETIEN
STOCK disponible : Tubes, Kénotrons, Films, Ecrans, etc..

BIBLIOGRAPHIE

des travaux intéressant les Sciences médicales, publiés par des Marocains ailleurs qu'au Maroc et des travaux d'intérêt marocain publiés par des personnalités non marocaines

ZOTTNER et COSTE. — Evolution complète d'hypoderma Bovis chez le cheval. (*Société de Biologie.* Séance du 24 juin 1939, p. 907).

JULLIARD. — L'épidémie du typhus à Marrakech (novembre 1937 - juillet 1938. *Revue du Service de Santé militaire*, juin 1939 pp. 951-995).

POLEFF. — Le diagnostic Bactériologique Rapide du choléra. (*Soc. de Path. Exotique.* 14 juin 1939, pp. 595-597).

TANON. — Sur une demande de classement de Marrakech comme station climatique. (*Bulletin Académie de Médecine.* Séance du 11 juillet 1939, pp. 64-66).

M. GAUD et LAFFORET. — Le cancer au Maroc. (*Bulletin de l'Office Intern. d'Hyg. Publique*, août 1939, pp. 1433-1439).

ZOTTNER. — Rapport sur le fonctionnement du Laboratoire de Recherches du Service de l'Elevage du Maroc pendant l'année 1938. (*Archives de l'I. Pasteur d'Algérie*, 1939 n° 2 pp. 395-409).

P. REMLINGER, G. CABANIÉ et J. BAILLY. — Présence dans une urine de néphrite hémorragique de sarcoptidés (Glyciphagus Cursor) à divers stades de développement. (*Journal d'Urologie.* Juillet 1939, pp. 37-41).

G. BLANC. — Leishmaniose viscérale généralisée observée chez un écureuil (Xerus Gatulus L) au Maroc. (*Bulletin de la Société de Pathol. Exotique*, 12 juillet 1939, pp. 756-760).

E. POUHIN. — Syndrômes d'œdèmes par carence alimentaire dans le cercle de Zagora (Maroc). (*Bulletin de la Société de Pathol. Exotique*, 12 juillet 1939, pp. 769-779).

H. P. J. RENAUD. — La connaissance de l'heure « en pieds d'ombre » chez les Musulmans marocains. (*La Nature*, 15 août 1939, pp. 109-110).

A. RISTORCELLI. — Contribution à l'étude des Phlébotomes du Maroc. (*Annales de Parasitologie*, 1er juillet 1939, pp. 364-365).

P. REMLINGER.

DISTINCTIONS

La MÉDAILLE D'HONNEUR DES ÉPIDÉMIES a été décernée aux personnes dont les noms suivent :

Médaille d'argent

Docteur NICOD (Robert), médecin-chef du Service de l'Hygiène scolaire à Casablanca (Maroc).

Dr DAUVERGNE (Marcel), médecin-chef de l'Infirmerie indigène de Martimprey (Maroc).

Ahmed BEN KADDOUR, infirmier à l'hôpital régional indigène de Rabat (Maroc).

Dr CHATEL (Roger), médecin-chef de l'infirmerie indigène des Foum-Zguid (Maroc).

Dr LE MEUR (Raymond) médecin-chef de l'infirmerie indigène de Foum-el-Hassan (Maroc).

Ahmed ben MOHAMED RAHALI, maître-infirmier à l'infirmerie indigène de Sefrou (Maroc).

BEN NACEUR BEN AHMED, infirmier auxiliaire à l'infirmerie indigène de Ksiba (Maroc).

Djilali BEN LARBI, infirmier auxiliaire à Khouribga (Maroc).

M. CRUCHET (Henri), contrôleur civil, chef de l'annexe et des Services municipaux d'Azemmour (Maroc).

Mme BENECH (Denise), dame du Comité de la Goutte de Lait de Marrakech (Maroc).

Médaille de bronze

M. DEMEAUX (Marcel), infirmier à la section de prophylaxie régionale à Oujda (Maroc).

M. RIGATE (Charles), infirmier au Lazaret d'Oujda (Maroc).

ALI BEN ALI, agent sanitaire au bureau municipal d'hygiène de Salé (Maroc).

Mme JULIEN (Marthe-Marie), infirmière auxiliaire au Service des contagieux à l'Hôpital Civil « Jules-Colombani » à Casablanca (Maroc).

M. COMTE (Léon) premier surveillant de la prison civile de Casablanca (Maroc).

LARBI BEN MOHAMED, infirmier auxiliaire au Lazaret d'Oujda (Maroc).

EMBARK BEN ALI, maître-infirmier à l'infirmerie indigène d'Oued-Zem (Maroc).

ALI BEN MOHAMED, infirmier à Tahar-Souk (Maroc).

M. BESSON (Pierre), contrôleur civil suppléant, chef de la circonscription des Srarna-Zemrane, à El Kelaa (Maroc).

REVUE DE LA PRESSE ET DES LIVRES

PETITE CHIRURGIE ET TECHNIQUE MEDICALE COURANTE, par G. ROUX, Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Montpellier. — Un volume de 592 pages, avec 361 figures. — Broché : 90 frs ; cartonné toile : 120 francs. Frais d'envoi en plus (pour envoi direct) : France 10 % ; Etranger 15 %. — Masson et Cie, Editeurs, 120, boul. St-Germain, Paris.

Cet ouvrage expose la pratique médicale et chirurgicale à laquelle le médecin doit avoir recours quotidiennement en clientèle et que l'étudiant voit appliquer à l'hôpital. Il traite des méthodes essentielles d'examens et de traitements des malades, des blessés et des opérés. Il contient les connaissances techniques indispensables pour assurer, dans les services hospitaliers, une fonction d'assistance.

Il s'adresse donc :

— aux étudiants;

— à ceux qui préparent les concours hospitaliers;

— aux médecins qui doivent pouvoir appliquer, sans le secours de spécialistes, les procédés d'investigation et de traitement les plus modernes.

En l'écrivant, l'auteur a toujours envisagé le côté objectif de la question, la façon dont elle se pose au lit du malade, du blessé ou de l'opéré, il a donné à cet ouvrage un caractère essentiellement clinique.

Aucune méthode, aucun procédé, aucun geste même n'est décrit sans que les conditions cliniques dans lesquelles il se présente au médecin, ne soient préalablement exposées.

Cet ouvrage est divisé en quatre parties :

1° L'opération ;

2° Les traitements urgents ;

3° Les méthodes élémentaires d'examens et de traitements ;

La quatrième partie, sous le titre de « Petite chirurgie spéciale », expose la technique des interventions et les soins de chirurgie générale et spéciale que le médecin doit pouvoir assurer à ses blessés ou à ses malades .

Un chapitre spécial est réservé aux traitements des entorses par les injections anesthésiantes intra-ligamentaires, au traitement de la fissure anale (traitement médical, électrique, par injections périfissuraires et par la dilatation forcée de l'anus), aux soins à donner au malade porteur d'un anus contre nature avec les détails de l'appareillage.

La *Petite Chirurgie Oto-Rhino-laryngologique*, expose la technique des interventions courantes ou urgentes que le médecin doit pratiquer sans faire appel au spécialiste.

La *Petite Chirurgie Ophtalmologique*, traite des questions de l'anesthésie en ophtalmologie des médications oculaires, des pansements, des cas d'urgence comme les contusions, les corps étrangers, les brûlures de l'œil.

La *Petite Chirurgie Urologique* est un exposé très complet des connaissances nécessaires pour résoudre les cas souvent embarrassants que présentent les urinaires en clientèle courante.

Enfin, sous le titre de *Petite Chirurgie Gynécologique*, le toucher vaginal, l'examen au spéculum, l'hystérométrie, l'hystérographie, sont décrits et donnent toutes les notions de l'examen en gynécologie. Suivent les soins et la technique de gynécologie courante comme le pansement vaginal, le tamponnement, l'anesthésie locale du col utérin, les injections vaginales, la dilatation du canal cervical, la cautérisation du col métritique par le caustique de Filhos, l'emploi des pessaires et des hystérophores, que le médecin est appelé à pratiquer dans son cabinet.

En somme, les sujets développés ont été choisis et traités de façon que l'ensemble forme un guide complet pour l'étudiant ou l'assistant à l'hôpital et pour le médecin en clientèle. Assez concis pour être maniable, illustré de nombreuses figures, il réunit un nombre considérable de matières et de renseignements bien groupés dans les chapitres distincts qu'une table analytique et un index alphabétique détaillé et explicatif permettent de retrouver très rapidement.

LE TRAITEMENT DE LA BLENNORRAGIE PAR LES SULFAMIDES, UN SULFONE ET LEURS DERIVES. Volume de plus de 200 pages de MM. PALAZZOLI et F. NITTI. — Librairie Masson.

Nous connaissions ces Auteurs par leurs nombreuses publications sur les Sulfamidés dans la blennorragie, et par leurs études et observations des plus intéressantes sur l'absorption et l'élimination des corps organo-soufrés.

Mais leur ouvrage n'est-il pas un peu prématuré, et ne se sont-ils pas par trop hâtés de rassembler des documents épars ? alors que dans les toutes dernières conférences consacrées à la chimiothérapie de la blennorragie, chimistes, biologistes, urologues et vénéréologues discutaient encore du mode d'action des Sulfamidés — du choix de la meilleure formule d'attaque — de la valeur et de la toxicité des nouveaux corps, dont les laboratoires nous abreuvent .

Etait-il si nécessaire, pour des praticiens, — car c'est aux praticiens que MM. Palazzoli et Nitti disent s'adresser — de perdre des pages pour des corps de la première heure, déjà caducs et abandonnés ?

MM. Palazzoli et Nitti sont les premiers, d'ailleurs à reconnaître que leur travail n'est « qu'une mise au point, que l'avenir modifiera, sans doute », en ce qui concerne la nature, la posologie et le mode d'emploi des corps soufrés.

L'étude des corps organo-soufrés dans la blennorragie ne tient, dans leur ouvrage, qu'une place relativement réduite, car un plus grand nombre de pages a été réservé à des généralités sur les urétrites — à l'étude des gonocoques — à l'histologie de l'urêtre et de ses annexes — à l'évolution de la gonococcie récente ou ancienne — à ses complications — enfin, à une revue générale, quelque peu périmée, maintenant, de tous les traitements préco-

LA DIURETIQUE CARDIO-RENAL PAR EXCELLENCE

SANTHEOSE

Le plus fidèle, le plus constant,
le plus inoffensif des DIURETIQUES

sous ses différentes formes

Pure - Caféinée - Spartéinée - Scillitique
Phosphatée - Lithinée

indications

TOUTES AFFECTIONS D'ORIGINE CARDIAQUE ET RENALE

Dose : 1 à 4 cachets par jour. Ces cachets, dosés, suivant la forme, à 0 gr. 50, 0 gr. 525, 0 gr. 55, 0 gr. 75 de principe actif, sont en FORME DE CŒUR et se présentent en boîtes de 24.

Laboratoire de la SANTHEOSE, **4, rue du Roi-de-Sicile, PARIS** (4e)

PHYTINE

NOM DÉPOSÉ
INOSITO HEXAPHOSPHATE DE CHAUX ET DE MAGNÉSIE

CIBA

PHOSPHORE CALCIUM MAGNÉSIUM
SOUS LEUR FORME LA PLUS ASSIMILABLE

Croissance
Surmenage
Convalescence

CACHETS
2 à 4 par jour

GRANULÉ
2 à 4 mesures par jour

COMPRIMÉS
2 à 4 par jour

LABORATOIRES CIBA, O. ROLLAND, 103 à 117, Boulevard de la Part-Dieu_LYON

401

Agent général : **Bakry,** 50, rue Georges-Mercié, Casablanca

BLENNORRAGIE
PROGONE
INFECTIONS URINAIRES

L'introduction du Progone dans l'arsenal antiblennorragique en tant que le moins toxique et le plus maniable des dérivés de l'acridine, constitue un réel progres thérapeutique.

(J. LURIE. These Paris 1934)

BLENNORRAGIE
INFECTIONS URINAIRES
SEPTICÉMIES

LE MOINS TOXIQUE
ET LE PLUS MANIABLE
DES DÉRIVÉS DE L'ACRIDINE

NE DONNE PAS DE COUP DE SOLEIL ACRIDINIQUE
NE SCLÉROSE PAS LES VEINES
NE COLORE PAS LES TÉGUMENTS

2 FORMES

Ampoules de 10 cc pour injections endoveineuses (1 injection tous les jours ou tous les deux jours).

Comprimés dragéifiés (4 à 8 par jour) Ces comprimés remplacent avantageusement les balsamiques et les antiseptiques urinaires habituellement prescrits.

EXPÉRIMENTATION FAITE A L'HOPITAL St-LAZARE, A NECKER, etc..

LABORATOIRES SFÉAT
15 RUE CATULIENNE St DENIS (SEINE)

nisés contre les gonococcies, avant la découverte des dérivés organiques du soufre.

Mais n'avions-nous pas, déjà, sur ce sujet, les excellents ouvrages de Janet ou de Barbellion, et l'étude de M. Palazzoli lui-même, sur les « Urétrites chroniques », écrite en collaboration avec M. Dossot.

En fait, ce qui retiendra le praticien dans l'ouvrage de MM. Palazzoli et Nitti, ce sont leurs conclusions, résumées en trois pages, où il trouvera, parfaitement indiqués, tous les éléments utiles pour mener actuellement à bien le traitement d'une blennorragie et obtenir une guérison rapide.

Mais, peut-être, MM. Palazzoli et Nitti, qui recommandent la formule mixte : lavages et sulfamidés, auraient-ils pu insister sur les avantages du traitement strictement exclusif, dans les dispensaires où l'on ne dispose jamais d'un nombre suffisant d'infirmiers pour assurer aux malades des lavages corrects.

Enfin, MM. Palazzoli et Nitti nous permettront de regretter de ne pas avoir trouvé, dans leur travail, de chapitres sur la blennorragie de la femme et de l'enfant. Femmes et enfants ont bénéficié, plus que l'homme encore, de la Sulfamidothérapie, et la guérison définitive de la gonococcie féminine en quelques jours est- peut-être, au point de vue social, la plus belle conquête des Sulfamidés.

LÉPINAY.

PATHOLOGIE CHIRURGICALE DE LA RATE, par Pierre GOINARD, Chirurgien des Hôpitaux d'Alger. — Un volume de 174 pages avec 4 figures et 11 planches : 55 frs. — Masson et Cie, Editeurs.

La Chirurgie physiologique, dont on parle beaucoup, a dans la chirurgie de la rate, l'un de ses exemples les plus anciens et les plus démonstratifs et quand on récapitule aujourd'hui les acquisitions de la chirurgie splénique, on mesure tout ce que lui doivent la thérapeutique et même la connaissance des splénopathies.

Depuis quelques années, des moyens non chirurgicaux commencent à apparaître, dépossédant la splénectomie de ses indications les moins assurées: la radiothérapie des splénomégalies leucémiques, l'hépatothérapie des anémies pernicieuses, la chimiothérapie du Kala-Azar par exemple.

Mais en revanche, on enlève la rate pour des affections considérées, il y a peu de temps encore, comme médicales. En dehors des indications chirurgicales pures, traumatismes, déplacements, abcès, qui ne représentent plus qu'une faible partie de la pathologie chirurgicale splénique, s'il est une intervention dont l'indication doit être dans chaque cas particulier discutée entre médecins et chirurgiens, c'est à coup sûr la splénectomie.

Les chirurgiens ne doivent pas seulement savoir enlever une rate, de même que les médecins sont instruits de la chirurgie splénique, de même les chirurgiens doivent être renseignés sur des maladies réputées médicales dans lesquelles est intéressée la rate.

C'est dans cet esprit d'une collaboration médico-chirurgicale qu'est écrite cette étude de Pathologie splénique que l'auteur aborde par les faits les plus grossièrement anatomochirurgicaux pour aboutir aux enseignements de la chirurgie physiologique.

L'EXAMEN DU MALADE. *Guide clinique de l'étudiant et du médecin.* Médecine, Chirurgie, Obstétrique, Neurologie et Spécialités, par MM. P. DELMAS, G. GIRAUD, E. JEANBRAU, E. LEENHARDT, J. MARGAROT, P. PAGÈS, V. RICHE, L. RIMBAUD, J. TERRACOL, H. VILLARD, *Professeurs à la Faculté de Médecine de Montpellier.* — Deuxième édition refondue et augmentée. — Un volume de 366 pages. — Masson et Cie Editeurs.

Ce petit livre a été entièrement revu, mais le texte primitif n'a pas été augmenté, la première qualité d'un guide étant la brièveté.

Mais deux chapitres essentiels ont été ajoutés, l'un du professeur P. Pagès sur les examens en psychiâtrie », préambule nécessaire pour saisir les nombreuses particularités de l'analyse mentale et retenir la façon d'interroger les psychopathes ; le second sur les examens endocrinologiques dans lequel le professeur Giraud expose en quelques pages les grands syndromes et les petits stigmates qui lui sont familiers.

Il est essentiel de rappeler que ce livre ne constitue pas un ouvrage de sémiologie ni de diagnostic.

Ses auteurs ont voulu simplement donner des cadres faciles à retenir, d'abord pour interroger et examiner un malade, ensuite pour rédiger son observation, enfin pour exposer son cas dans une épreuve de scolarité ou de concours.

Ses canevas sont assez souples pour être utilisés dans n'importe quel domaine clinique.

Pour éviter au lecteur de perdre du temps en recherches, un chapitre qui termine ce volume réunit les précautions à prendre dans les prélèvements à envoyer au laboratoire, les indications des différentes analyses et les principales constantes chimiques et biologiques.

TRAITE DE CHIMIE PHARMACEUTIQUE, par le Dr REUTTER, Privat-Docent de l'Université de Genève. — 1939. 1 volume in-8 (13,5x21) de 664 pages : 95 frs. — J.-B. Baillière et Fils, éditeurs, 19, rue Hautefeuille, Paris. (6e).

La Chimie pharmaceutique a pris de jour en jour une place prépondérante dans la thérapeutique, car elle enseigne non seulement l'art de préparer les divers produits utilisés en pharmacie, mais aussi celui de les ordonner, tout en connaissant leurs effets physiologiques ou leurs incompatibilités sans parler de leurs caractères physiques, point de fusion, solubilité dans l'eau, l'alcool, la glycérine ou les huiles, etc., etc. N'est-il pas utile d'en connaître leurs diverses synthèses et de pouvoir constater que les dérivés de l'antipyrine, de l'acide salicylique, etc., réagissent tout à fait différemment s'ils sont combinés à des éthers ou des alcools, à des

phénols ou des alcaloïdes, dont les effets physiologiques sont eux-mêmes transformés.

Les Editions J.-B. Baillière et Fils viennent de lancer un *Traité de Chimie Pharmaceutique*, de 664 pages grand in-8 qui remarquablement présenté, avec une table des matières des plus complète, permettra aux médecins, pharmaciens, dentistes, vétérinaires, de se rendre compte des effets thérapeutiques d'une foule de produits chimiques nouvellement lancés dans le commerce, soit en vrac pour la prescription, soit sous la forme de spécialités parfois très onéreuses.

Ce livre, dont l'auteur le Docteur Reutter est très connu de par ses nombreuses publications (voir son Traité de Matière médicale et de Chimie végétale, couronné par la Haute Académie de Médecine de Paris), sera précieux dans leur bibliothèque.

LA DERMATOLOGIE EN CLIENTELE. « *L'Indispensable en Dermatologie* », par H. GOUGEROT, Professeur des maladies cutanées et syphilitiques à la Faculté de Médecine de Paris, Médecin de l'Hôpital Saint-Louis. — Livre couronné par l'Académie de Médecine. — 1 volume format 15,5 x 22,5 cm., 806 pages. 40 figures en couleurs et 196 en noir en 87 planches hors texte. — Librairie Maloine, Paris.

Le praticien n'a plus le temps de se complaire à l'étude des gros livres riches en développements théoriques. On exige de lui qu'il soit universel ; il faut donc lui faciliter cette tâche écrasante de « savoir tout ce qu'il est indispensable de ne pas ignorer pour ne pas nuire à ses malades ».

Cette édition, conçue dans un esprit pratique, négligeant à dessein toutes les données théoriques, statistiques, anatomiques, qui n'ont pas une application pronostique et thérapeutique, résume « l'indispensable en dermatologie », indispensable de ce qu'un médecin doit savoir du diagnostic, du pronostic et du traitement des affections cutanées.

LE TEMPS DE REACTION TECHNIQUE. — *Applications cliniques*, par Paul MICHON, Médecin des Hôpitaux de Nancy, Chargé de cours de neurologie à la Faculté de Médecine de Nancy. — Un volume de 100 pages, avec 10 figures. (Collection Médecine et Chirurgie : Recherches et applications N° 18) : 22 frs. — Masson et Cie, Editeurs.

Le récent développement de la psychotechnique a montré tout le parti que l'on pouvait tirer de l'étude physiologique du temps de réaction, c'est-à-dire du délai qui s'écoule entre une excitation et une réponse motrice convenue à l'avance; la clinique semble s'être trop souvent privée de ses services, faute sans doute d'instrumentation portative et pratique. Pourtant, il est possible de recourir à ce mode d'exploration au lit même du malade, en utilisant un chronoscope mécanique peu encombrant ou un chronoscope électrique fonctionnant sur courant alternatif à la manière d'une horloge.

Physiologiquement, les chiffres de temps de réaction oscillent dans des limites assez étroites, suffisamment nettes cependant pour qu'il en soit tenu compte lors de la sélection des spécialistes dans l'armée, l'aviation, la marine, dans les entreprises de transport et l'industrie. D'autre part, le temps de réaction peut être jusqu'à un certain point considéré comme caractéristique de l'âge mental ; car, de huit à douze ans l'enfant se rapproche progressivement des chiffres de l'adulte, tandis que la sénescence psychomotrice aboutira à un nouvel allongement, parfois considérable, des temps de réaction.

En pathologie, les déterminations numériques, d'une précision d'ailleurs toute relative, acquièrent leur valeur en cas d'altérations discrètes ou discutables. Au cours des névrites et radiculites, les retards de perception se rencontrent avec une assez grande fréquence, par exemple dans la sciatique, où ils sont parfois en discordance avec les troubles trophiques ou réflexes. Ce mode d'examen peut être utile par le dépistage des simulations.

L'étude du temps de réaction vibratoire au cours des affections médullaires, révèle très fréquemment dans la sclérose en plaques un syndrôme de véritable section physiologique élective. Le tabès comporte toujours un déficit pallesthésique important, et peut se caractériser par une dégradation progressive de haut en bas de cette sensibilité, lorsque les cordons postérieurs ne sont pas complètement détruits.

Sans se laisser entraîner à l'illusion d'une rigueur trop mathématique, le clinicien trouvera dans ce mode d'exploration un appoint séméiologique précieux pour étayer son diagnostic et suivre une évolution morbide en fonction des thérapeutiques utilisées.

LES PARAFFINOMES, par C. CLAQUE et CHWATT. — 25 frs. — Librairie Maloine S.-A., 27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris (6e).

Il s'agit d'une importante monographie. L'Historique, la Chimie de la paraffine et des paraffinomes, la Paraffinoplastie, les Complications de la paraffinoplastie, l'Etude clinique des paraffinomes, l'Etude histopathologique, l'Etude chimique des paraffinomes, l'Etude biologique et expérimentale des tumeurs dues aux hydrocarbures et l'Etude thérapeutique, font l'objet de chapitres particuliers.

Cet ensemble constitue le mémoire le plus complet qui ait été publié sur un sujet qui a donné lieu à de nombreuses discussions et reste actuel, car on utilise encore des injections sous-cutanées d'hydrocarbures ! Une très abondante bibliographie termine cet ouvrage.

TRAITE DE BIOCOLLOIDOLOGIE, en cinq tomes, par W. KOPACZEWSKI.

Tome I : PRATIQUE DES COLLOIDES. — *Tome II* : BIOCOLLOIDES (Origine, préparation, purification, propriétés). — *Tome III* : PHÉNOMÈNES COLLOIDAUX. — *Tome IV* : ETAT COLLOIDAL ET BIOLOGIE. — *Tome V* : ETAT COLLOIDAL ET MÉDECINE avec 371 tables de données numériques, 121 figures dans le texte et 30 figures en cou-

Cholécystites - Lithiases biliaires

et toutes variétés de

PYÉLO - NÉPHRITES :

CAPARLEM

HUILE DE HAARLEM VERITABLE

(du Juniperus Oxycedrus)

en capsules gélatinisées à 0 gr. 15

Posologie, 1 à 2 capsules au milieu des deux principaux repas.

Laboratoire LORRAIN de Produits Synthétiques purs. - ETAIN (Meuse)

Algérie : MM. FUNEL, 17 rue de Tanger, Alger — **Coopération Pharmaceutique Française,** 37-39, rue de Lyon, Alger. — **Maroc** : M. Pierre PELISSARD, rue Adrienne-Lecouvreur, Casablanca. — **Tunisie** : M. Paul JARMON, 10 rue d'Espagne - Tunis. — **Madagascar** : M. Georges TORTEL, rue de l'Artillerie à Tamatave. — **Syrie** : ABDOU-ABOU SLEIMAN et fils, Beyrouth B. P. 319.

DRAGÉES BENGUÉ

AU MENTHOL

Indications: Pharyngites, Laryngites
Toux, Angines, Bronchites
Compos.on: Menthol, Borate de Soude, Cocaïne
Mode d'emploi: 8 à 10 dragées par jour.

Dr BENGUÉ ET Fils - Pharmaciens
16, Rue Ballu - PARIS

BAUME BENGUE

Guérison radicale

GOUTTE
RHUMATISMES
NEVRALGIES

Dr BENGUÉ & FILS, 16, Rue Ballu, PARIS

Chloréthyle Benguë

ANESTHÉSIE LOCALE - NÉVRALGIES

Nouveau tube, fermeture à clapet, pour ouvrir et fermer instantanément.
HERMÉTICITÉ ABSOLUE
Recommandé à MM. les Médecins et Dentistes
Dr BENGUÉ, Pharmacien, 16, Rue Ballu, Paris

SÉDATIF - HYPNOTIQUE - ANTISPASMODIQUE

NEURINASE

NEURINASE

Odeur et saveur agréables

Valériane fraîche et Véronal soluble

(0 gr. 15 par Comprimé ou par cuillerée à café)

ÉCHANTILLONS GRATUITS

LE MEILLEUR SOMMEIL AUX PLUS FAIBLES DOSES

Sans accoutumance

Sans effets toxiques, ni pénibles

Laboratoire A. GÉNÉVRIER, 2, Rue Débarcadère, PARIS

Représentant pour le Maroc : **M. Rogier**, — B. P. 890 — Casablanca — Tél. A. 06-13.

Guigoz

Lait en poudre Vivant

Complet - Mi-écrémé - Ecrémé - Dextrosé Malté

Soupe de Babeurre en poudre

Lait Déchloruré

Condensé — Stérilisé — Non Sucré

Le Lait GUIGOZ

2 & 4 Rue Catulle Mendès — PARIS (17e)

Agent pour le Maroc: Mme P. ZIEGLER, 262, av. Mers-Sultan - Tél. A 27-07 - Casablanca

---

Affections de l' **ESTOMAC**

ENTÉRITE CHEZ L'ENFANT CHEZ L'ADULTE

ARTHRITISME

VALS-SAINT-JEAN

Eau de régime, faiblement minéralisée, légèrement gazeuse.

Bien préciser le nom de la Source pour éviter les substitutions.

Direction Vals-Saint-Jean, 53, Bd Haussmann, PARIS.

Agents dépositaires : **MM. Berthollet et Cie** Rue Védrines Casablanca

---

Néo Calciline

Para-Hépato-Splénique

(Méthode de Whipple)

Reconstituant biologique opothérapique total

2 comp, 2 mesures (granulés) avant chaque repas

Agent général, M. Rogier — B. P. 890 — Tél. A 06-13
CASABLANCA

leurs hors texte. Un volume en 2 fascicules (25x16), avec figures schématiques, tables des données numériques.

Fascicule I : *Le Sang*. In-8 (25 x 16) de XVI-151 p. : 60 frs. — Fascicule II : *Liquides et tissus organiques*, in-8 raisin (25 x 16) de 299 pages: 100 frs.

Cet ouvrage constitue la première tentative cohérente en vue de dégager les faits démontrés et de réunir les applications biologiques de nos connaissances actuelles sur l'état colloïdal de la matière. L'auteur s'efforce de créer un courant de recherches, de fonder une discipline nouvelle. Tous les renseignements qu'un biologiste ou un médecin désire s'y trouvent réunis. Mais le travail de l'auteur n'est pas une compilation : son esprit critique et son tempérament, d'une part, l'enchevêtrement et les contradictions d'une science à ses débuts, d'autre part, s'y sont opposés. Ayant réuni les faits en un faisceau l'auteur le projette sur l'ensemble de la biologie et de la médecine.

Ceux qui se rendent compte de la révolution profonde qui sévit actuellement dans la science s'efforceront d'aider l'auteur dans cette tentative de création.

CE QU'IL FAUT SAVOIR DES NOUVEAUX TRAITEMENTS DE LA BLENNORRAGIE. — Cinquième série : (Vers la solution du problème), par le Dr G. FRANCK. — Editeur : Librairie Amédée Legrand, boul. St-Germain, 93. — Un volume in-12, 88 pages : 15 francs.

Il devenait impossible de retarder plus longuement la discussion de la thérapeutique de la gonococcie. Cette thérapeutique a fait ces deux dernières années de tels progrès, que l'on peut dire qu'une évolution théapeutique aussi soudaine et rapide a peu d'exemples en médecine.

Cette nouvelle monographie comprend deux parties : dans une première, plutôt brève, sont énumérés et résumés les principaux événements ayant caractérisé les travaux de ces années écoulées ; la seconde s'occupe spécialement de la thérapeutique nouvelle, fortement résumée, ce qui permet au lecteur de se faire une ligne de conduite en pratique. Comme d'habitude, l'auteur, sans se laisser influencer par les affirmations diverses suivant le milieu d'où elles émanent, donne également les résultats de son expérience personnelle.

Cette cinquième monographie aura donc été fortement résumée, mais tout ce qui doit intéresser l'étudiant en médecine, le médecin et le spécialiste y est condensé.

DES VARIATIONS IMMUNITAIRES AUX INFECTIONS TUBERCULINIQUES EN FONCTION DU TERRAIN, par Michel GROENEN. 1939. 1 vol. in-8 de 68 pages avec : 20 frs.

L'auteur met en relief dans « Variations Immunitaires » l'importance du terrain dans la pathogénie de la tuberculose. Il montre comment la résistance du terrain est en dépendance de leur conditionnement glandulaire. L'auteur dans un exposé magistral, en tire les déductions qui semblent s'imposer au point de vue thérapeutique, et les appuie d'une série de radiographies. Ces déductions seraient d'une importance telle que toute la thérapeutique antituberculeuse en serait singulièrement modifiée, qu'au lieu d'une thérapeutique chirurgicale de modalité diverse, applicable seulement à des cas déterminés, le traitement humoral trouverait une indication générale à la fois curative et préventive.

SECTION DES NERFS ERECTEURS (OPERATION DE RICHER) CHEZ UNE MALADE PRESENTANT UNE CYSTITE TUBERCULEUSE INVETEREE, par MM. R. DARGET, PENAUD et H. DUVERGEY.

Cette malade a fait l'objet d'une communication à la Société d'Urologie de Paris.

Traitée depuis cinq ans pour tuberculose rénale bilatérale, les troubles vésicaux avaient acquis, chez elle, une telle intensité, qu'elle urinait nuit et jour tous les quarts d'heure, avec une douleur violente ; rien n'avait pu la soulager.

C'est dans ces conditions qu'elle accepta, avec enthousiasme, l'opération qui lui fut proposée. Sous anesthésie rachidienne, après large laparotomie, comme le conseille Richer, les nerfs hypogastriques furent découverts et suivis jusqu'au ganglion hypogastrique, à droite comme à gauche. Profondément les trois nerfs érecteurs furent sectionnés de chaque côté, ainsi que les deux nerfs hypogastriques à leur abouchement avec le plexus hypogastrique.

Dès le lendemain, la douleur vésicale — pourtant si aiguë — avait disparu ; les mictions s'espaçaient aussitôt et la malade pouvait accepter une sonde — ce qui auparavant était devenu impossible. On reconnut ainsi que la vessie se vidait parfaitement.

Huit mois après l'opération, les résultats se sont maintenus remarquables, les mictions ne se produisent que toutes les trois heures environ, et trois fois seulement la nuit, sans aucune douleur. L'état général s'est considérablement amélioré et l'existence de la malade est absolument tansformée.

L'opération de Richer, remarquable exemple de chirurgie physiologique, qui crée l'anesthésie de la muqueuse vésicale, sans plonger la malade dans la rétention, grâce à la section complémentaire des nerfs hypogastriques, doit être conseillée dans les cas de cystite invétérée, tuberculeuse ou autre, rebelles à tous traitements.

LES FICHES DE PRATIQUE MEDICALE 17, rue Ecole de Droit, Montpellier — Abonnement 1940 : 75 frs — C.C. postal Montpellier 24576.

Les Fiches de pratique médicale préparent pour 1940 une « collection de guerre » sous la très haute autorité scientifique de M. le médecin général Worms, directeur du Val de Grâce. Toutes les questions à l'ordre du jour qui peuvent intéresser nos confrères mobilisés et les autres paraîtront dans cette collection de fiches.

SOCIETE DES NATIONS. — *Bulletin de l'Organisation d'hygiène.* — Vol. VIII, N° 1-2 (1).

Ce nouveau fascicule du *Bulletin* contient d'abord le *Rapport annuel de l'Organisation d'hygiène de la Société des Nations.*

Prophylaxie et traitement du paludisme, du cancer, de la lèpre, de la bilharzioze et de la rage ; action médico-sociale dans le domaine de l'hygiène rurale, de l'alimentation, de l'habitation et de l'éducation physique ; épidémiologie et statistiques sanitaires ; standardisation biologique ; lutte contre les stupéfiants ; unification des pharmacopées et action anti-épidémique en Chine : tel est le sommaire de cet article. La simple énumération de ces rubriques montre combien sont variés les champs d'action de la Société des Nations dans l'œuvre de collaboration internationale et de relèvement du niveau de la santé à laquelle elle consacre ses efforts.

Le deuxième article, intitulé *Les Indices sanitaires* est un schéma de rapport-type susceptible d'être utilisé pour les enquêtes sur l'état de santé et de vitalité d'une population donnée.

Vient ensuite la rapport rédigé par M. Vignerot (France) sur *La maison et l'aménagement ruraux.*

Ce fascicule du *Bulletin de l'Organisation d'Hygiène de la Société des Nations* se termine sur une vaste étude de 260 pages, élaborée par le Dr B. Walch-Sordrager, sur *Les Leptospiroses* (formes cliniques, symptomatologie, diagnostic, complications et traitement).

AFFECTIONS DES VOIES RESPIRATOIRES. — Un des meilleurs procédés de traitement d'une toux rebelle, par exemple, ainsi qu'un moyen efficace d'en enrayer le processus, consiste en une application d'Antiphlogistine sur le thorax, dès le début. Chauffée à la température voulue et étalée en une couche épaisse, (1/2 cm. environ) il n'y aura pas lieu de renouveler l'application avant 24 heures.

Dans les bronchites, l'influenza, la pleurésie, etc..., l'emploi précoce de l'Antiphlogistine contribuera à améliorer les symptômes et accélérer la résolution. En outre, il convient de rappeler aux malades la nécessité d'aérer convenablement les pièces qui leur sont affectées, — une chambre surchauffée ou dans laquelle l'air n'est pas renouvelé étan de nature à aggraver leur état.

PSYCHOLOGIE CONSONANTISTE, par le D. ODOBIEJA. — 2 vol, brochés avec 300 fig. : 120 frs.

La psychologie consonantiste est une psychologie dans laquelle on insiste longuement sur les phénomènes psychiques intérieurs et centraux ; introspective en même temps qu'extrospective, elle est une méthode psychologique fondée non sur la métaphysique, mais sur la physique.

La clef de l'âme n'est pas cherchée dans l'anatomie du système nerveux, mais dans la Physique des énergies supérieures. Ce livre pourrait très bien s'intituler « La Physique de l'âme ».

De nombreux tableaux synoptiques (200) font une riche figuration, corrigent l'aridité du sujet et l'abstraction du livre. Ce sont des figures analogiques des idées matérialisées et visualisées.

Le livre est d'une remarquable originalité ; tout y est original : la méthode et l'exposition, les conceptions et leurs applications, les notions et leurs classifications, les classes et leurs lois.

L'OBSTETRIQUE A TRAVERS LES AGES, par L. DEVRAIGNE, Accoucheur de Lariboisière, chargé de cours de clinique annexe à la Faculté de Médecine de Paris. — Un vol. in-8° de 138 pages avec 77 figures dans le texte : 40 francs. — Gaston Doin et Cie, Editeurs, 8, place de l'Odéon, Paris (6e).

Dans cet ouvrage, d'une lecture facile, l'auteur a résumé, condensé, les trois gros livres de Ed. Gasp. Joe de Siebald et F.J. Hergott sur l'histoire de l'obstétricie. Ces livres, qu'on ne se procure pas facilement, sont très documentés, beaucoup trop volumineux pour être parcourus ou lus par tous ceux qui s'intéressent à l'obstétrique et qui ont déjà de la peine à suivre les revues spéciales et les journaux médicaux actuels. Et cependant, combien il est intéressant de suivre dans le temps les progrès des idées originales, des techniques opératoires, des instruments qui ont servi de tout temps à la pratique des accouchements !

L'auteur s'est efforcé de sélectionner les notions utiles à retenir, qui ont fini par s'imposer, au détriment d'erreurs et des préjugés qui ont régné pendant des siècles parce qu'ils émanaient de grands maîtres, excusables, ceux-ci, parce qu'ils manquaient de notions précises en anatomie et en physiologie. Dans le même esprit, l'auteur a complété l'œuvre arrêtée en 1891 par F. J. Hergott, jusqu'à nos jours, en montrant l'évolution de l'art obstétrical grâce aux découvertes de Pasteur. Pour rendre la lecture de l'ouvrage plus attrayante, plus vivante, il a emprunté de nombreuses illustrations aux ouvrages de Witkowski et a reproduit les portraits des principaux accoucheurs et des grandes sages-femmes qui ont contribué à faire de l'obstétrique ce qu'elle est à l'heure actuelle.

DIETETIQUE ET RADIESTHESIE, par le Dr VÉRUT. — Librairie Maloine. Le vol : 12 frs.

L'A. se défend que ce livre soit un catéchisme de l'aspirant radiesthésiste ou une manière de plaidoyer doctrinal pour la radiesthésie médicale.

Dans la première partie, l'A. passe en revue tous les éléments usuels radiesthésiquement jugés eu égard au « Bien portant moyen » ; certains verdicts demeurent inexplicables.

Une deuxième partie traite de quelques états pathologiques : une observation d'asthme, une d'ulcère, une d'entérite, auraient été guéris par le seul régime dicté par le pendule ;

L'Auteur conclut : « Les médecins à la Radiesthésie, oui, mais en même temps la Radiesthésie médicale aux seuls médecins ».

Le livre est amusant.

Désinfection de la Cavité Bucco-pharyngée par les

PASTILLES DE GONACRINE

PRÉVENTION & TRAITEMENT DES stomatites pharyngites angines amygdalites

INFECTIONS A PORTE D'ENTRÉE BUCCO-PHARYNGÉE

POSOLOGIE

1 à 2 pastilles par heure
Dose maxima pour un adulte
20 pastilles par 24 heures

PRÉSENTATION

Boîte de 40 pastilles dosées
à 0gr.003 de GONACRINE

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE

SPECIA

Marques POULENC FRÈRES et USINES DU RHONE

21, Rue JEAN-GOUJON - PARIS (VIII^e^)

Agent général pour le Maroc : **M. Bibas,** Bd. d'Anfa à Casablanca

MALADIE CONTRACTEE AU SERVICE. — TRAITEMENT INVALIDITE COMPLEMENTAIRE RESULTANT DU TRAITEMENT. — CUMUL DES INVALIDITES

Est considérée comme imputable au service, l'invalidité provoquée par le traitement d'une maladie contractée au service. Doit bénéficier, en conséquence, d'une pension d'invalidité de 100 % la personne qui, à la suite et à raison d'un traitement régulier d'une dysenterie amibienne contractée au service, se trouve atteinte de cécité complète. (1)

M... EDOUARD-HENRI CONTRE
M. LE MINISTRE DES PENSIONS

LE TRIBUNAL :

Attendu que le sieur M..., Edouard-Henri, ex-maréchal des logis à la 51e Compagnie de Cavalerie de Remonte, demeurant à Casablanca, a formé le 20 avril 1938, un recours régulier en la forme contre la décision de M. le Ministre des Pensions en date du 17 février 1938 ;

Attendu qu'il résulte de l'examen du dossier que la commission de réforme du 3 juillet 1936 a constaté que le sieur M..., était atteint :

1° d'une dysenterie amibienne ancienne ;

2° d'un paludisme ancien ;

3° d'une cécité par atrophie optique bilatérale.

Attendu que la commission de réforme a fixé à 20 % le degré d'invalidité de M... en ce qui concerne la dysenterie amibienne et à 15 % le degré d'invalidité de celui relatif au paludisme ;

Que la pension de M... a été, compte tenu de ces deux éléments, liquidée à 35 % avec jouissance du 3 juillet 1936, par décision ministérielle du 17 février 1938 ;

Qu'il apparaît au Tribunal que la fixation de 35 % de l'invalidité concernant les deux chefs d'infirmité dont s'agit est juste et équitable ;

Attendu que la décision ministérielle sus-mentionnée rejette les conclusions de la Commission de Réforme du 3 juillet 1936 en ce qui concerne la cécité ;

Qu'en constatant que le pourcentage d'invalidité pour cette cécité serait bien de 100 % elle décide que cette infirmité du sieur M..., n'est pas imputable au service, qu'en conséquence elle ne peut donner lieu à l'octroi d'une pension ;

Mais attendu qu'il apparaît des documents de la cause que la cécité dont M... est aujourd'hui atteint ne peut être attribuée à une origine spécifique dont le Ministre ne fait pas la preuve ; ni à un traumatisme ; que dans l'état actuel de la science médicale il n'apparaît pas davantage que la cécité ait eu pour causes déterminantes directes le paludisme ou la dysenterie amibienne de M..., mais qu'elle doit être attribuée à un accident consécutif à un traitement régulier, rationnel et logique à l'acétylarsan suivit par M... à raison de sa dysenterie amibienne elle-même imputable au service, et trouvant son unique cause dans ce traitement, ainsi qu'en a très judicieusement émis l'opinion la Commission de Réforme dans sa décision du 3 juillet 1936 ;

Qu'en vain le Ministre des Pensions reprocherait-il à M... de ne pas s'être fait soigner par un médecin militaire où dans un hôpital militaire, M... ne pouvant à l'époque où il a subi le traitement à lui conseillé par les médecins qui lui donnaient leurs soins, se faire traiter par l'autorité militaire, n'étant à ce moment ni dans un service de l'armée ni titulaire d'une pension ;

Qu'il apparaît qu'en tous cas, qu'en se soumettant pour soigner ses accès de dysenterie amibienne et de paludisme au traitement de piqûres d'acétylarsan qui lui était ordonné, le sieur M.... n'a commis aucune imprudence, et que si les injections employées de façon usuelle et courante et d'ailleurs administrées normalement ont entraîné pour lui de graves complications oculaires allant jusqu'à la perte de la vue, il ne saurait être fait grief à M..., d'avoir subi ce traitement par ce seul fait qu'il a, en l'espèce, déterminé un accident exceptionnel et imprévisible et que la demande de M..., doit d'autant moins être rejetée que le traitement auquel il s'était soumis avait pour but d'améliorer son état en faisant disparaître ou en atténuant l'une de ses autres infirmités, justement reconnues imputables au service ;

Attendu qu'il échet en conséquence en déclarant l'infirmité de cécité de M... imputable au service, d'en fixer le taux à 100 % avec bénéfice de l'article 10 et de dire que la pension d'invalidité qui lui sera servie de ce chef aura son point de départ au 3 juillet 1936, date de la décision de la première commission de réforme ayant examiné M... après l'apparition de ses lésions oculaires, la pension d'invalidité relative au paludisme et à la dysenterie amibienne devant avoir son point de départ au 28 février 1930 date à laquelle ces infirmités ont déjà été constatées par la Commission de Réforme ;

Qu'il échet d'autre part de constater et de dire que les infirmités dont M... est atteint sont définitives ;

PAR CES MOTIFS :

Statuant publiquement, contradictoirement et en premier ressort et en exécution de la loi du 31 mars 1919 ;

Reçoit le recours comme régulier et valable en la forme ;

Au fond : dit et juge que M... a droit également à une pension définitive de 35 % à partir du 28 février 1930, dont 20 % pour dysenterie amibienne et 10 % plus 5 % pour paludisme ;

Dit et juge que M... a droit également à une pension définitive de 100 % à partir du 3 juillet 1936 pour cécité par atrophie optique bilatérale imputable au service ;

Dit et juge que M... a droit au bénéfice de l'article 10 et de l'article 12 de la loi du 31 mars 1919 et dit que M. le Ministre des Pensions devra assurer le bénéfice de ces articles ;

Déboute les parties de toutes conclusions plus amples ou contraires.

(*Audience du 13 décembre* 1938).

(1) In « Gazette des Tribunaux du Maroc », 8 juillet 1939.

Laboratoire du *Lactéol* du Dr BOUCARD

Lactéol du Dr BOUCARD

ses FORMES suivant les APPLICATIONS

Les ferments lactiques ayant une action empêchante sur les bactéries de la putréfaction, et aussi sur certaines autres espèces de pathogènes comme les streptocoques, staphylocoques, etc., peuvent être employés en dehors du tube digestif, partout où cette concurrence vitale a lieu de s'exercer utilement.

Lactéol *du Dr BOUCARD* **Comprimés — Liquide.**	*Putréfactions intestinales, Entérites aigües et chroniques Colites, Intoxications.*
Rhino-Lactéol *du Dr BOUCARD* **Poudre.**	*Coryza, Rhume des foins.*
Lactéol-Pansement *du Dr BOUCARD* **en Ampoules stérilisées.**	*Panaris, Phlegmons, Anthrax, Plaies périnéales, anales, Brûlures, Plaies des Diabétiques, Ostéomyélites.*
Pulvi-Lactéol *du Dr BOUCARD* **Poudre.**	*Plaies. Obstétrique, Chirurgie.*
Lactéol-Ovules *du Dr BOUCARD*	*Métrites, Ulcérations du col.*
Lactéol-Suppositoires *du Dr BOUCARD.*	*Constipation. Hémorroïdes, Recto-Colites.*

Vaxa *du Dr BOUCARD.* — *Infections intestinales. Colibacilloses, Entérococcies.*

Viatol *du Dr BOUCARD.* — *Reconstituant biologique naturel, sans produits chimiques. Accroissement de la Vitalité, de la Résistance, de la Défense.*

Crayon Termosan — **Nouvelle Embrocation (solide).** — *Révulsif en bâton dans un tube à glissière. Application facile, propre et immédiate.*

Mia-Hol *du Dr BOUCARD.* **en application sur le Visage et sur le Corps** — *Régénérateur de la Peau. Aliment naturel.*

Laboratoire du *Lactéol*, 30, Rue Singer, PARIS (16e)

Représentants : Ch. RENUCCI - M. JENNER, rue Benelli, Casablanca (Maroc).

ÉCHANTILLON SUR DEMANDE

Huile non Caustique

LENIFÉDRINE

Huile Végétale Antiseptique

à l'*Oléate d'Éphédrine*

SPÉCIFIER DOSAGE { FAIBLE 0.50 %
FORT 1 gr. %

ÉCHANTILLONS :
M. RENUCCI
54, Rue Raymond Monod, 54
CASABLANCA

Se fait en
Solution et en Rhino-Capsules

R. C. 316-725 Casablanca

Gérant Editeur : E. SPEDER